

ANGIOSARCOMA INVASOR DE ESTRUCTURAS CARDÍACAS, UN HALLAZGO: A PROPÓSITO DE UN CASO

INVASIVE ANGIOSARCOMA OF CARDIAC STRUCTURES, A DISCOVERY: CASE REPORT

PAULINA INDARTE¹, LAURA ALTAMIRANO², GRACIELA SCARO³

RESUMEN

Los tumores cardíacos pueden ser primarios o secundarios, de características benignas o malignas. De los últimos, el más frecuente es el angiosarcoma. Este tipo de tumores puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, y son localmente invasivos al infiltrar órganos y tejidos, invadir estructuras circundantes y metastatizar fácilmente.

La excepcionalidad de estos tumores hace de ellos un reto diagnóstico.

En los últimos años, los grandes avances en la tecnología de imagen han hecho que el diagnóstico y diferenciación precoz de estos tumores se haga con más frecuencia. Sin embargo, su pronóstico continúa siendo desfavorable con una tasa baja de supervivencia.

Se presenta una paciente femenina de 56 años con antecedentes de síncope, disnea y masa cervical derecha. Estudios revelan masa tumoral que continúa en mediastino llegando a invadir la aurícula izquierda, compatible con angiosarcoma, confirmado por biopsia cervical.

Palabras clave: angiosarcoma, hemangiosarcoma, neoplasia cardíaca, resonancia magnética, tumor cardíaco.

ABSTRACT

Cardiac tumors can be primary or secondary, and benign or malignant. Of the latter, the most frequent is angiosarcoma. These tumors can appear anywhere in the body, becoming locally invasive by infiltrating organs and tissues, invading surrounding structures, and metastasizing easily.

The rarity of these tumors makes them a diagnostic challenge.

In recent years, significant advances in imaging technology have led to more frequent early diagnosis and differentiation of these tumors. However, their prognosis remains unfavorable, with a low survival rate.

We present the case of a 56-year-old female patient with a history of syncope, dyspnea, and a right cervical mass. Studies revealed a tumor mass extending into the mediastinum and invading the left atrium, consistent with angiosarcoma, which was confirmed by cervical biopsy.

Keywords: angiosarcoma, hemangiosarcoma, cardiac tumor, cardiac magnetic resonance imaging, cardiac tumor.

REVISTA CONAREC 2025;41(180):192-194 | [HTTPS://DOI.ORG/10.32407/RCON/2025180/0192-0194](https://doi.org/10.32407/RCON/2025180/0192-0194)

INTRODUCCIÓN

El angiosarcoma es una neoplasia endotelial maligna de origen mesenquimático que puede desarrollarse en cualquier localización anatómica y se caracteriza por un comportamiento altamente agresivo, con infiltración local y elevada capacidad metastásica¹. Los tumores cardíacos pueden ser primarios o secundarios; de los primarios, aproximadamente el 90% son benignos. Entre las neoplasias malignas primarias, el 75% corresponden a sarcomas, de los que el angiosarcoma es el subtipo más frecuente y representa alrededor del 20% de los casos².

La incidencia de tumores secundarios en estudios de autopsia varía entre el 1,7-14% en pacientes oncológicos y entre el 0,7-3,5% en la población general³. El angiosarcoma cardíaco predomina en hombres

menores de 65 años y puede permanecer asintomático hasta estadios avanzados o manifestarse por fenómenos obstructivos, embólicos o arrítmicos, con síntomas inespecíficos como disnea y pérdida de peso^{3,4}.

En el pasado, el diagnóstico se realizaba frecuentemente en el acto quirúrgico o en la autopsia; actualmente, ha mejorado con el desarrollo de técnicas de imagen como la ecocardiografía y la resonancia magnética cardíaca, que permiten una mejor caracterización y evaluación de extensión tumoral⁵. No obstante, el pronóstico continúa siendo desfavorable, con una supervivencia media estimada entre 6 y 11 meses desde el diagnóstico⁶. Debido a su baja incidencia, no existe un tratamiento estandarizado; la resección quirúrgica completa constituye la principal estrategia terapéutica cuando es factible, aunque solo es posible en aproximadamente el 50% de los casos. La recidiva local es frecuente, y suele aparecer durante el primer año posterior a la cirugía^{7,8}.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 56 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y trastorno depresivo, que concurrió a consulta posterior a episodio sincopal. Al interrogatorio destacaba la presencia de disnea de esfuerzo de varias semanas de evolución. Al examen físico se constató la presencia de una masa tumoral a nivel cervical derecho, por lo que se solicitaron estudios diagnósticos, dentro los cuales se inclu-

1. Jefa de residentes. Departamento de Cardiología, Hospital Córdoba, Córdoba Capital

2. Staff del Servicio de Cardiología y de la División de Insuficiencia cardíaca y Trasplante. Departamento de Cardiología, Hospital Córdoba, Córdoba Capital

3. Jefa de servicio de Cardiología. Departamento de Cardiología, Hospital Córdoba, Córdoba Capital

✉ **Correspondencia:** Paulina Indarte. paulindarte@gmail.com

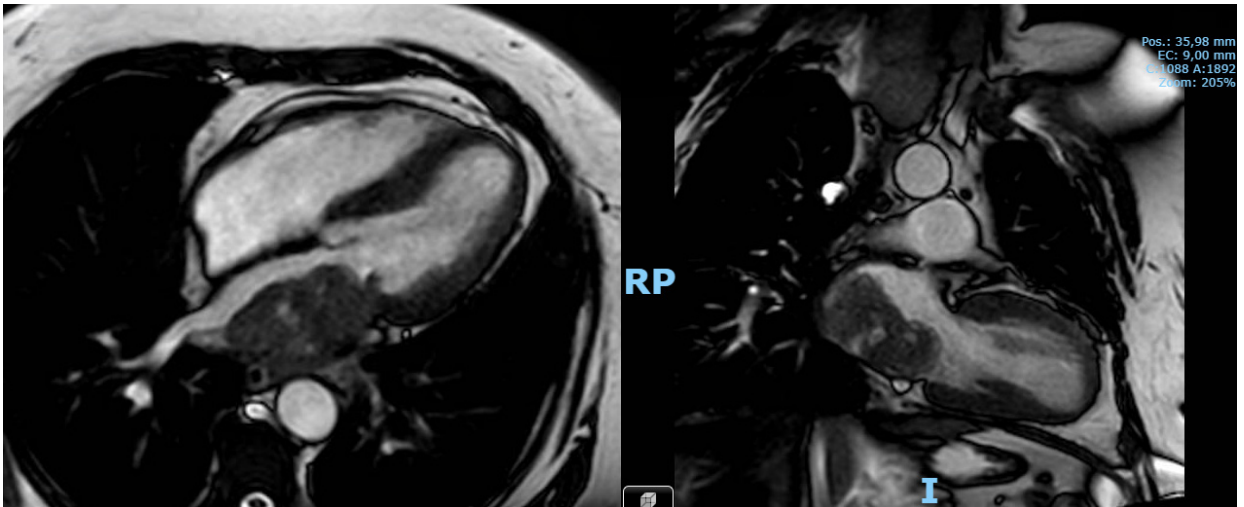


Figura 1. RMC: Panel de la izquierda: Masa tumoral intraauricular izquierda, lobulada, de bordes redondeados, prolapsando y obstruyendo parcialmente el anillo valvular y la válvula mitral. Secuencia CINE 4 CAM axial. Panel de la derecha: Secuencia CINE 2 CAM. RMC: resonancia magnética cardíaca.

yó, debido a los antecedentes, un ecocardiograma transtorácico. En el mismo se evidenció a nivel de aurícula izquierda (AI) una masa hiperefringente, adherida al techo y pared lateral con un diámetro mayor de 6x3,60 cm. Debido a este hallazgo se realizó una resonancia magnética cardíaca (RMNC) para mejor caracterización, la cual informó la presencia de una masa tumoral intraauricular izquierda, voluminosa, estimada en 75x64x42 mm de diámetros máximos, lobulada, de bordes redondeados, adherida a la pared posterior inferior y superior de la AI, prolapsando y obstruyendo parcialmente el anillo valvular y la válvula mitral y ocupando al menos los segmentos proximales de la orejuela de AI (**Figura 1 A y B**) y venas pulmonares irregulares. No impresionaba infiltrar estructuras cardíacas vecinas y/o paracardíacas. La masa tumoral descrita mostraba el siguiente comportamiento imagenológico: a) isointensa en T1 (**Figura 2**), b) hiperintensa (heterogéneamente) en T2 y T2 STIR (*Short Tau Inversion Recovery*) (**Figura 3**) c) isointensa en SSFP (*Steady-state free precession imaging*) cine, d) perfusión parcial y fundamentalmente periférica con gadolinio primer pasaje y e) realce parcial con gadolinio tardío.

Además, se informó la presencia de una masa tumoral en el mediastino anterior, voluminosa, estimada en 100x47x35 mm de diámetros máximos, elongada casi en contacto en su borde inferior con la masa intraauricular izquierda, y del mismo comportamiento (**Figura 4**). Debido a este hallazgo se realizó una biopsia incisional de masa cervical de localización orofaríngea que dio como resultado una lesión vascular de tipo hemangioma complicado. Se solicitaron técnicas de inmunohistoquímica (Ki67 +, CD34 +, BCL2 +). Dados los resultados de inmunohistoquímica y la revisión de los preparados con técnicas de rutina se advirtió una proliferación vascular canalicular con sectores anastomóticos, congestión y extravasación eritrocitaria estromal, con áreas de esclerohialinización; hallazgos que en conjunto permitieron realizar el diagnóstico de un proceso neoplásico maligno compatible con angiosarcoma.

Con todos estos estudios la paciente fue derivada a nuestra institución y presentada al Comité de Tumores, donde se concluyó que la paciente no era pasible de tratamiento quirúrgico por lo que se valoró la posibilidad de realizar quimioterapia.

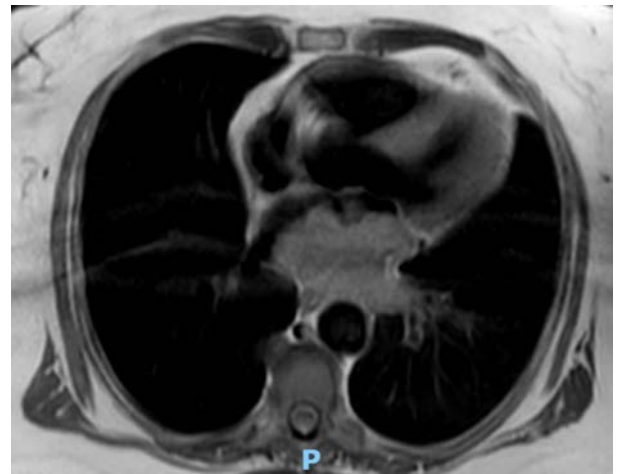


Figura 2. RMC: Secuencia T1 axial, masa auricular izquierda isointensa. RMC: resonancia magnética cardíaca.

En el seguimiento de la paciente, la misma se negó al tratamiento quimioterápico optándose por medidas paliativas concluyendo con su fallecimiento en el tiempo posterior.

DISCUSIÓN

El presente caso describe un angiosarcoma con compromiso auricular izquierdo y extensión mediastínica, una localización poco frecuente en comparación con la aurícula derecha, que es el sitio más habitual de presentación. La forma de debut de la paciente de nuestro caso con síncope y disnea progresiva puede explicarse por el efecto obstructivo de la masa sobre el flujo mitral, generando compromiso hemodinámico similar al observado en otras masas intracavitarias voluminosas.

La ecocardiografía permitió la detección inicial de la masa, mientras que la resonancia magnética cardíaca aportó información clave para su caracterización tisular y evaluación de extensión. El comportamiento isointenso en T1, hiperintenso y heterogéneo en T2/STIR, con perfusión periférica en primer pasaje y realce tardío parcial con ga-



Figura 3. RMC: Secuencia T2. Imagen intraauricular hiperintensa (heterogeneamente), corte sagital. RMC: resonancia magnética cardíaca.

dolinio, es compatible con una neoplasia vascular de alto grado, con áreas de necrosis y vascularización irregular. Además la identificación de una masa mediastínica asociada con características similares reforzó la sospecha de un proceso maligno agresivo.

La inmunohistoquímica (Ki67 positivo, CD34 positivo, BCL2 positivo), junto con la revisión morfológica, permitió establecer el diagnóstico definitivo de angiosarcoma, confirmando su naturaleza proliferativa y agresiva.

En cuanto al tratamiento, la resección quirúrgica completa continúa siendo la única opción potencialmente curativa; sin embargo, la extensión tumoral en este caso impidió un abordaje quirúrgico. La quimioterapia fue considerada como alternativa paliativa, aunque su impacto en la supervivencia es limitado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kumar V, Abbas AK, Aster JC, Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. 9.ª ed. Elsevier; 2015.
2. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF, Braunwald. Tratado de cardiología: Texto de medicina cardiovascular. 11.ª ed. Elsevier; 2019.
3. Perez E, Zimmermann E, Harwicz P, et al. Angiosarcoma cardíaco con base de implantación en el surco auriculoventricular derecho. Rev Argent Cardiol. 2002 nov-dic;70(6).
4. Maleszewski JJ, Bois MC, Bois JP, Young PM, Stulak JM, Klarich KW. Neoplasia and the Heart: Pathological Review of Effects With Clinical and Radiological Correlation. J Am Coll Cardiol. 2018 Jul 10;72(2):202-227.
5. Rodríguez Israel M, Alvarado Sánchez E, Mena Sandí J, Moreno Medina E. Angiosarcoma primario cardíaco. Rev Ecocardiogr Práct Otras Técn Imagen Cardíaca. 2018;1(2):35-38.
6. Centella T, Oliva E, García Andrade I, Lamas M, Epeldegui A. Angiosarcoma cardíaco. Cuatro años de supervivencia. Revisión a propósito de un caso. Rev Esp Cardiol. 2005;58(3):310-2.
7. Ramos-Díaz Celia, Sierra-Santos Lucía, Maqueda-Zamora Gloria. Angiosarcoma cardíaco: una causa rara de insuficiencia cardíaca. Rev Clínica Med Fam. 2022;15(2):119-121.
8. Moeri-Schimmel R, Pras E, Desai I, Krol S, Braam P. Primary sarcoma of the heart: case report and literature review. J Cardiothorac Surg. 2020 May 19;15(1):104.

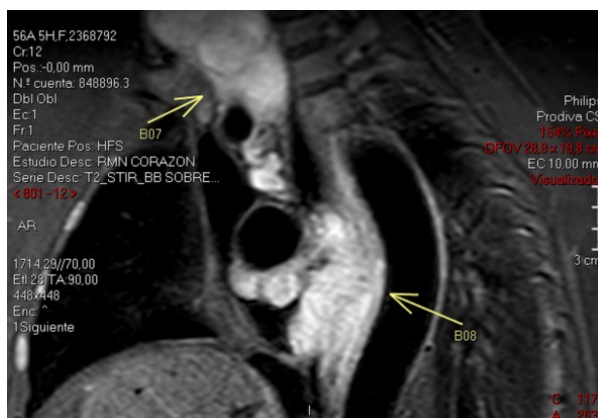


Figura 4. RMC: Corte sagital donde se observa masa mediastinal anterior y masa auricular de similar comportamiento imagenológico. RMC: resonancia magnética cardíaca.

Este caso resalta la importancia de considerar etiologías malignas ante masas intracardíacas, el importante valor de la resonancia magnética en la evaluación integral de estas lesiones y el desafío terapéutico que representa el angiosarcoma cardíaco debido a su agresividad biológica y diagnóstico frecuentemente tardío.

CONCLUSIÓN

Los angiosarcomas son tumores malignos, poco frecuentes, que pueden afectar primaria o secundariamente al corazón. Provocan por lo general lesiones metastásicas en diversos órganos, con una supervivencia muy baja. En los últimos años, los grandes avances en la tecnología de imagen, como la ecocardiografía transtorácica o transesofágica asociada a modos 3D, la RMNC y la tomografía cardíaca, han hecho que el diagnóstico de estos tumores se haga con más frecuencia. Al tratarse de un tumor poco frecuente, no se ha podido establecer un tratamiento estandarizado, aunque como primera opción, de ser posible, se prefiere la cirugía. Como segunda línea se pueden utilizar la quimioterapia y la radioterapia.