Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/06/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Bibliografía

1. Blanco-Pérez JJ, Barreiro Torres M, Tábara J. Hidroneumotórax secundario a colocación de sonda nasogástrica. An Med Interna. 2005;22:54–5.
2. Baztarrica Echarte E, Álvarez Villanueva E, Lumbier Martínez de Morentín MJ. Recambio de sonda nasogástrica: a propósito de un caso. Form Med Contin Aten Prim. 2011;18:104–5.
3. Wu PY, Kang TJ, Hui CK, Hung MH, Sun WZ, Chan WH. Fatal massive hemorrhage caused by nasogastric tube misplacement in a patient with mediastinitis. J Formos Med Assoc. 2006;105:80–5.
4. Tho PC, Mordiffi S, Ang E, Chen H. Implementation of the evidence review on best practice for confirming the correct placement of nasogastric tube in patients in an acute care hospital. Int J Evid Based Healthc. 2011;9:51–60.
5. Yardley IE, Donaldson LJ. Patient safety matters: reducing the risks of nasogastric tubes. Clin Med. 2010;10:228–30.
6. Durai R, Venkatraman R, Ng PC. Nasogastric tubes. 1: Insertion technique and confirming the correct position. Nurs Times. 2009;105:12–3.

Rocío González López*, María Ignacia Torres García, Marta Seoane Vigo y José Félix Arija Val

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Lucus Augusti, Lugo, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: rgonlop@gmail.com (R. González López).

doi:10.1016/j.regg.2011.09.006

Tumores cardiacos primarios: presentación clínica y pronóstico en la población anciana

Primary cardiac tumours: clinical presentation and prognosis in the elderly

Sr. Editor:

Los tumores cardiacos primarios son extremadamente raros en comparación con las metástasis cardiacas. Según su histología, los tumores cardiacos primarios pueden ser benignos o malignos[1]. Habitualmente se diagnostican entre la tercera y quinta décadas de la vida, siendo más raros en la población anciana. Los tumores cardiacos, aunque en ocasiones son asintomáticos, han sido denominados como los «grandes simuladores»[2], puesto que pueden manifestar casi cualquier síntoma cardiológico (disnea, dolor torácico, palpitaciones, etc.). Por ello, para su diagnóstico es necesario un alto índice de sospecha y el apoyo de pruebas complementarias como la ecocardiografía[3]. El tratamiento consiste fundamentalmente en la resección quirúrgica, con buenos resultados a largo plazo[4], sobre todo en los mixomas[5]. El pronóstico viene determinado principalmente por la malignidad histológica de los mismos, aunque también en tumores considerados benignos existe una morbilidad significativa asociada a obstrucción, infiltración, embolismo, o arritmias. En nuestro centro, hemos analizado de forma retrospectiva, la forma de presentación y el pronóstico de los 22 pacientes que con una edad igual o superior a 65 años presentaron un tumor cardiaco primario objetivado por anatomía patológica entre los años 1995-2010. La incidencia de los tumores cardiacos primarios durante el período de estudio fue muy baja (1,29 casos/año). La edad media en el momento del diagnóstico fue de 74 ± 6 años (rango: 66-92). La mayoría fueron mujeres, 16 (72,7%), frente a 7 varones. En 7 pacientes el diagnóstico fue casual. En todos ellos se alcanzó el diagnóstico tras la realización de una técnica de imagen por otra causa ajena al tumor (dos ecocardiogramas y 5 pruebas de tomografía axial computarizada [TAC]). La clínica de inicio más común fue la disnea en 4 pacientes, seguida de dolor torácico en tres y por accidente cerebrovascular en otros tres enfermos. La localización anatómica más frecuente fue la aurícula izquierda en 16 pacientes (72,7%), seguida de la aurícula derecha (13,6%), y de otras localizaciones como la superficie valvular mitral en un enfermo o el endocardio ventricular izquierdo en otro. El tipo histológico más frecuente fue el mixoma, 21 pacientes (95,4%) y tan solo un paciente desarrolló una neoplasia maligna de tipo mesotelioma pericárdico. Veinte pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y en dos se rechazó esta opción, por mesotelioma avanzado y por comorbilidad importante respectivamente. Tras una mediana de seguimiento de 6,1 años (rango: 1-11), dos pacientes fallecieron, uno por el carácter maligno de su enfermedad y otro por un proceso intercurrente no relacionado (infección respiratoria en paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa). La recidiva tras cirugía del mixoma solo fue vista en una paciente que fue reintervenida con éxito. A la vista de los resultados de nuestro estudio podemos concluir, que los tumores cardiacos primarios son extremadamente raros en este grupo etario. El mixoma fue el tipo histológico más frecuente, y por ello la localización predominante fue la aurícula izquierda, esto puede ser debido, a que se trata de un tumor más frecuente en el sexo femenino. Además su diagnóstico es con frecuencia casual a través de pruebas de imagen solicitadas por otro motivo. En cuanto al pronóstico, parece que los tumores cardiacos primarios en los pacientes ancianos presentan un perfil histológico benigno y siempre que el tratamiento quirúrgico pueda ser llevado a cabo la supervivencia es excelente a medio plazo.

Bibliografía

1. McAllister HA, Fenoglio JJ. Tumors of the cardiovascular system. En: Atlas of tumor pathology. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1978. p. 5-71.
2. Alonso García A. Tumores cardíacos. Clin Cardiovasc. 1983;1:250–8.
3. Auger D, Pressacco J, Marcotte F, Tremblay A, Dore A, Ducharme A. Cardiac masses: an integrative approach using echocardiography and other imaging modalities. Heart. 2011;97:1101–9.
4. Murphy MC, Sweeney MS, Putnam Jr JB, Walker WE, Frazier OH, Ott DA, et al. Surgical treatment of cardiac tumors: a 25-year experience. Ann Thorac Surg. 1990;49:612–7.
5. Lijoi A, Scoti P, Faveto C, Canale C, Parodi E, Passerone GC, et al. Surgical management of intracardiac myxomas. A 16-year experience. Tex Heart Inst J. 1993;20:231–4.

Alfredo Renilla González*, Manuel Barreiro Pérez, Juan Pablo Flórez Muñoz y Laura García Pérez

Área del corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: dr.renilla@gmail.com (A. Renilla González).

doi:10.1016/j.regg.2011.09.001