

No existe un tratamiento sólidamente indicado para este tipo de infrecuente complicación. En los casos con mantenimiento del flujo, ausencia de signos de isquemia arterial o sufrimiento neurológico, el manejo conservador puede ser una estrategia eficaz que evite mayores complicaciones.

Ramón López-Palop*, Pilar Carrillo, Araceli Frutos y Alberto Cordero

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: mlopezs@meditex.es

(R. López-Palop).

On-line el 13 abril 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Frohwein S, Ververis JJ, Marshall JJ. Subclavian artery dissection during diagnostic cardiac catheterization: the role of conservative management. *Catheter Cardiovasc Diagn.* 1995;34:313-7.
2. Galli M, Goldberg SL, Zerboni S, Almagor Y. Balloon expandable stent implantation after iatrogenic arterial dissection of the left subclavian artery. *Catheter Cardiovasc Diagn.* 1995;35:355-7.
3. Schmitter SP, Marx M, Bernstein R, Wack J, Semba CP, Dake MD. Angioplasty-induced subclavian artery dissection in a patient with internal mammary artery graft: treatment with endovascular stent and stent-graft. *AJR Am J Roentgenol.* 1995;165:449-51.
4. Collins NJ, Beecroft JR, Horlick EM. Complex right subclavian artery dissection during diagnostic cardiac catheterization. *J Invasive Cardiol.* 2008;20:E61-3.
5. Spies C, Fergusson D. Treatment of an iatrogenic subclavian artery dissection. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2010;76:35-8.

doi:10.1016/j.recesp.2010.11.017

Un caso excepcional de seudotumor inflamatorio calcificado transmural cardiaco

An Unusual Case of Transmural Calcifying Inflammatory Pseudotumor of the Heart

Sra. Editora:

El seudotumor inflamatorio es una lesión expansiva caracterizada por un infiltrado de células inflamatorias y miofibroblastos, de etiología desconocida, que afecta al tejido pulmonar en niños y jóvenes y rara vez a los adultos. Su pronóstico suele ser favorable, ya que la invasión a distancia suele ser rara. Se han descrito algunos casos de seudotumor inflamatorio cardiaco en niños y jóvenes, y sólo 15 casos en adultos¹⁻⁵, confinado al endocardio o las válvulas¹. En los adultos, se ha descrito en cualquier cavidad, con aspecto de mixoma o fibroelastoma bien definido, que puede generar

numerosos síntomas⁴. Aunque el tratamiento es la excisión del tumor siempre que sea posible¹, se ha descrito algún caso de regresión con corticoides⁶. Las recurrencias no son infrecuentes (13-37%), aunque el pronóstico suele ser favorable. Existe un subtipo de seudotumor inflamatorio, el calcificado, que podría corresponder al estadio evolucionado del seudotumor inflamatorio, con abundantes fibras de colágeno, calcificaciones distróficas² y patrón inmunohistoquímico característico (positividad para actina específica de músculo, FXIIIa, CD68 y vimentina y negatividad para CD34). Aunque ocasionalmente el seudotumor inflamatorio puede presentar mitosis, la ausencia de atipia lo distingue del sarcoma verdadero³. No hemos encontrado en la literatura ningún caso descrito de seudotumor inflamatorio primario cardiaco calcificado en adultos y sólo 2 casos en niños^{2,7}, como tampoco de afección transmural.

Varón de 57 años, no fumador, fue remitido por angina progresiva, con exploración y electrocardiograma normales. La coronariografía mostró estenosis del 95% en la arteria circunfleja,

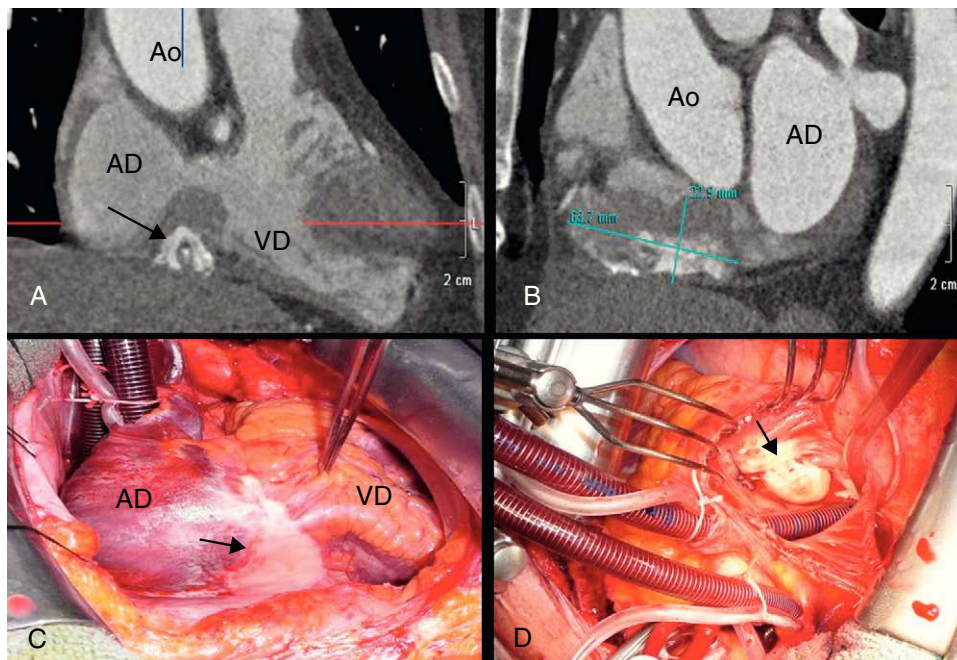


Figura 1. A y B: imágenes de tomografía de la masa calcificada en el surco auriculoventricular. C: aspecto de la calcificación del seudotumor durante la cirugía (flecha). D: protrusión de la lesión en el anillo tricuspídeo (flecha) AD: aurícula derecha; Ao: aorta; VD: ventrículo derecho.

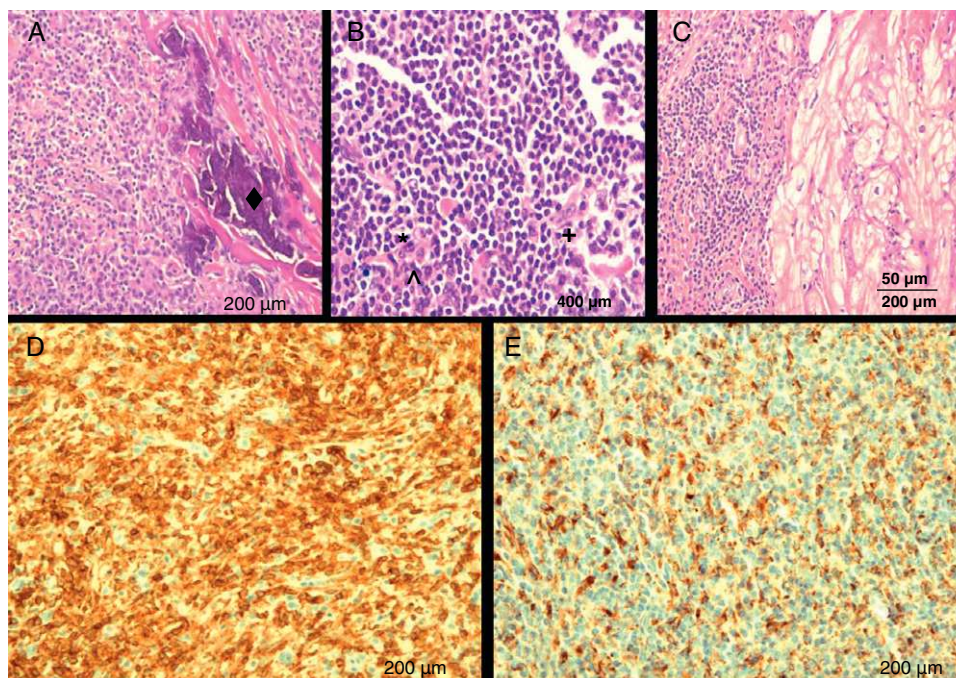


Figura 2. Imágenes histológicas. A-C: tinción de hematoxilina-eosina con infiltración por linfocitos maduros (*), histiocitos (punta de flecha), células plasmáticas (+) y calcificación (◆) en miocardio. D: células CD4+ (linfocitos T). E: células CD68+ (histiocitos). Barra = 50 μm.

tratada mediante implantación de *stent* metálico, y oclusión de la coronaria derecha proximal. Se identificó una masa calcificada adyacente al diafragma, con compresión extrínseca de la coronaria derecha. Se realizaron ecocardiogramas transtorácico y transesofágico, que mostraron dilatación de la aurícula derecha y gran masa calcificada en la región posterior del surco auriculoventricular, con protrusión en el anillo derecho y gradiente transtricuspidé. En la resonancia magnética cardíaca, se evidenció captación heterogénea de contraste que indicaba vascularización y signos de elevado contenido fibroso. En la tomografía computarizada multicorte, se identificó una gran masa calcificada (63,7 × 22,9 mm), mal definida e infiltrante en el surco (figs. 1A y B). No se evidenciaron signos de hipermetabolismo o metástasis en la tomografía por emisión de positrones. Previo consentimiento informado, se realizó cirugía con intención diagnóstica y terapéutica. Tras esternotomía, se identificó una gran calcificación en el pericardio anterior (fig. 1C), las paredes lateral e inferior de la aurícula derecha y el surco auriculoventricular, con inclusión de la coronaria derecha e infiltración transmural de la base de ambos ventrículos, protruyendo 4 cm hacia el interior del anillo tricuspídeo (fig. 1D). El análisis histológico perioperatorio evidenció infiltrado inflamatorio sin evidencia de malignidad. La masa se resecó parcialmente y se precisó reconstrucción del surco con pericardio bovino e implantación de prótesis biológica tricuspídea. Como consecuencia de la cirugía, se implantó marcapasos definitivo por bloqueo auriculoventricular completo. El análisis histopatológico posterior identificó un infiltrado inflamatorio de linfocitos, células plasmáticas y ocasionales células mesenquimales, sin mitosis (figs. 2A-C), y áreas de colágeno con calcificaciones secundarias (cuerpos de psammoma) (fig. 2A). La inmunohistoquímica mostró positividad para actina específica de músculo, CD68, CD4 (figs. 2D y E), CD8, y negatividad para desmina, proteína S100 y CD34, todo ello compatible con el diagnóstico de seudotumor inflamatorio

calcificado. A los 2 años de seguimiento, el paciente está asintomático y sin evidencia de recurrencia o progresión del tumor.

Elisabet Zamora^{a,*}, Ángel Caballero^a, Carlos García^a y Xavier Ruyra^b

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^bServicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: e.zamora@telefonica.net (E. Zamora).

On-line el 17 abril 2011

BIBLIOGRAFÍA

- Coffin CM, Watterson J, Priest JR, Dehner LP. Extrapulmonary inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor). A clinicopathologic and immunohistochemical study of 84 cases. *Am J Surg Pathol.* 1995;19:859-72.
- Hill KA, Gonzalez-Crussi F, Chou PM. Calcifying fibrous pseudotumor versus inflammatory myofibroblastic tumor: a histological and immunohistochemical comparison. *Mod Pathol.* 2001;14:784-90.
- Coffin CM, Dehner LP, Meis-Kindblom JM. Inflammatory myofibroblastic tumor, inflammatory fibrosarcoma, and related lesions: an historical review with differential diagnostic considerations. *Semin Diagn Pathol.* 1998;15:102-10.
- Burke A, Li L, Kling E, Kutys R, Virmani R, Miettinen M. Cardiac inflammatory myofibroblastic tumor: a "benign" neoplasm that may result in syncope, myocardial infarction, and sudden death. *Am J Surg Pathol.* 2007;31:1115-22.
- Chughtai A, Cronin P, Kelly AM, Lucas DR, Pagani FD, Kazerooni EA. Cardiac pseudosarcomatous fibromyxoid tumor: a review of the literature. *J Comput Assist Tomogr.* 2005;29:749-51.
- Tomiyama M, Nakatani S, Ishibashi-Ueda H, Yutani C, Yamagishi M. Inflammatory pseudotumor of the heart. *Ann Intern Med.* 2007;147:351-2.
- Kirby PA, Sato Y, Tannous R, Dehner LP. Calcifying fibrous pseudotumor of the myocardium. *Pediatr Dev Pathol.* 2006;9:384-7.

doi:10.1016/j.recesp.2010.11.013