



Revista Argentina de Cardiología

ISSN: 0034-7000

ISSN: 1850-3748

revista@sac.org.ar

Sociedad Argentina de Cardiología
Argentina

Portelli, Claudia M; Kosmatos, Gabriel A
Muerte súbita cardíaca secundaria a sarcoidosis
Revista Argentina de Cardiología, vol. 86, núm. 2, 2018, Marzo-, pp. 132-133
Sociedad Argentina de Cardiología
Argentina

DOI: <https://doi.org/10.7775/rac.es.v86.i2.11936>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305362408012>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

LUZEM 

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Muerte súbita cardíaca secundaria a sarcoidosis

Se trata de una mujer de 48 años, sin antecedentes personales patológicos, según las referencias familiares. Como único antecedente positivo informan que había tenido episodios de síncope reiterados, una semana previa al deceso.

Presentó súbitamente malestar general inespecífico e intenso dolor torácico por lo que fue trasladada a un nosocomio, pero falleció antes de ingresar; en consecuencia, se solicitó la realización de autopsia judicial para determinar la causa de muerte.

Se realizó una placa radiográfica de tórax que mostró infiltrado de aspecto algodonoso y micronodulillar en el parenquima pulmonar perihiliar. No se observaron adenomegalias.

No se observaron lesiones cutáneas al examen externo.

En el examen interno se documentó cardiomegalia de 476,93 gramos, pericardio liso, al corte se reconocieron en miocardio extensas áreas blanquecinas nacaradas con áreas hemorrágicas de hasta 1 cm de espesor que comprometía ambos ventrículos, el septo interventricular y los músculos papilares. La lesión se extendía desde el septo aurículo ventricular hasta 2 cm pre ápex. Las coronarias aparecían permeables.

Los pulmones aparecían congestivos, edematosos. No se evidenciaron adenomegalias macroscópicas. La hepatomegalia era de 2.220 gramos. El resto de los órganos y los sistemas no presentaban alteraciones significativas.

El estudio histológico del corazón mostró un infiltrado extenso de tipo linfoplasmocitario con eosinófilos, histiocitos y células gigantes multinucleadas con citoplasma de aspecto “apolillado”, otras células de citoplasma esmerilado (cuerpos de Schauman), otros de aspecto estrellado (cuerpos asteroides) que en sectores se encontraban circunscribiendo granulomas no caseificantes de tipo sarcoidal, que comprometía pericardio, miocardio ventricular, septal, músculos papilares y endocardio, que disecaba las fibras musculares con áreas de fibrosis. Se observó en sectores picnosis nuclear y homogenización de la fibra miocárdica. (Figuras 1 y 2)

El parénquima pulmonar y hepático presentaban granulomas de iguales características.

Se realizaron coloraciones especiales con técnicas de Ziehl Neelsen y PAS y no se observaron microorganismos específicos.

El diagnóstico del deceso fue de muerte súbita de origen cardíaco, secundaria a sarcoidosis sistémica con compromiso cardiovascular letal.

La afectación en orden de frecuencia en la (SC) es pared libre del ventrículo izquierdo seguido por el septo interventricular, el sistema cardionector, el ventrículo derecho y el pericardio. (2, 3, 6) En este caso la afectación fue extensa con compromiso de ambos ventrículos, el septo y los músculos papilares.

Clínicamente las arritmias son las manifestaciones más frecuentes; se debe sospechar esta enfermedad

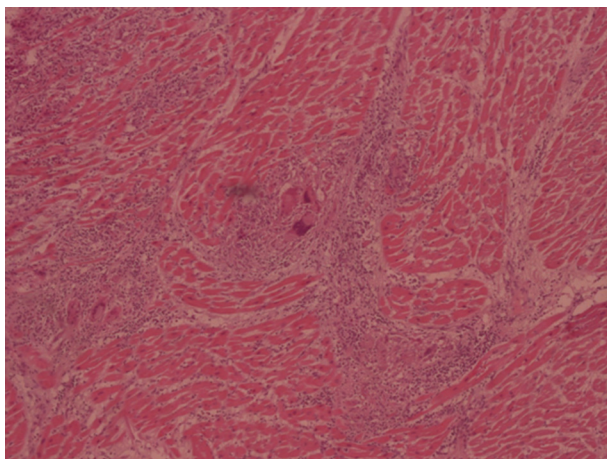


Fig. 1. Histología del tejido miocárdico.

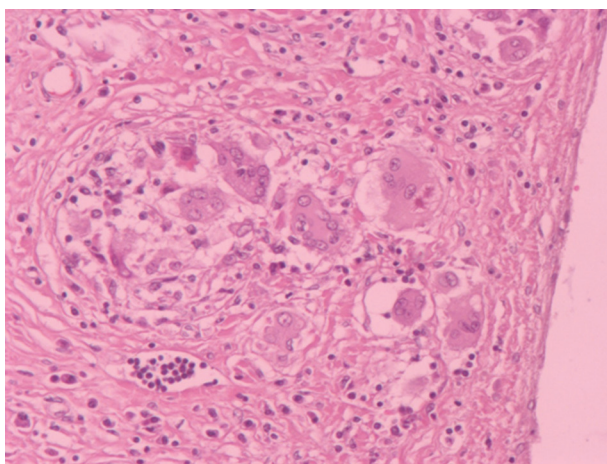


Fig. 2. Histología del tejido miocárdico.

en pacientes jóvenes con bloqueo aurículo-ventricular completo, arritmias ventriculares, hipertrofia ventricular patológica, anomalías en la motilidad parietal o defecto de perfusión que comprometa la región antero-septal y apical, que mejoran con el estrés. (1, 2, 6)

En una serie de autopsias analizadas por Silverman, 35% de los pacientes con SC fue clínicamente silente y 4 pacientes presentaron muerte súbita. (3) El caso que se presenta fue clínicamente asintomático hasta una semana previa al deceso cuando sufrió múltiples episodios de síncope que culminaron con la muerte súbita.

Cuando existe afectación extrapulmonar y, especialmente compromiso cardíaco denotan un curso agresivo con mal pronóstico. (2)

El compromiso hepático se observa del 80 al 95% de los casos, y puede ser asintomático del 2 al 60%, como se observó en nuestro caso. (1, 4)

El tratamiento de elección es la terapia esteroidea e inmunosupresora, y en casos de afección cardíaca, se aconseja el uso precoz de dispositivos implantables intracardiácos ante la presencia de trastornos de la conducción. Los pacientes que evolucionan a la insu-

eficiencia cardíaca terminal, la alternativa terapéutica es el trasplante cardíaco. (2, 3, 5, 6)

Consideramos de interés la presentación de este caso por tratarse de una enfermedad sistémica que tuvo curso silente y un desenlace letal.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario).

Claudia M Portelli¹, Gabriel A Kosmatos

¹Médica patóloga. Morgue del Ministerio Público de Salta. Argentina.

Santiago del Estero 1394-B° San Martín, Salta (BLB4400)

e-mail: marcelaportelli@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Gatti FC, Prael P, Troielli P, Schroh R. Sarcoidosis. Un enfoque global. *Med Cutan Iber Lat Am* 2008; 36:165-82.
2. González EL, Vigliano C, Renedo F, Diez M, Cánavea J. Sarcoidosis cardíaca: descripción de tres casos. *Rev Argent Cardiol* 2010;78:361-3.
3. Velázquez Franco CJ, Ramírez Gómez LA. Sarcoidosis Cardíaca con compromiso pulmonar estadio IV. *Rev Colomb Reumatol* 2006;13:170-4.
4. Gómez Rubio J, Bárcena Atalaya AB, Macías-García L, de la Cueva Rubio J, García García A. Sarcoidosis hepática aislada, una forma de presentación inusual de una enfermedad sistémica. *Semergen* 2016;42:e44-e46. <http://doi.org/f3hb9h>
5. Altamar J, Tapias C, Rodríguez D, Sáenz L. Arritmias ventriculares como manifestación de Sarcoidosis cardíaca primaria. *Rev Colomb Cardiol* 2017;24:511.e1-511.e4. <http://doi.org/cnt8>
6. Belziti CA, Maldonado S, Vulcano N, Pérez De Arenaza D, Marenchino R, Domenech A y cols. Sarcoidosis cardíaca: trasplante cardíaco y recidiva de la enfermedad. *Rev Argent Cardiol* 2010;78:358-60.

REV ARGENT CARDIOL 2018;86:132-133. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v86.i2.11936>

Metástasis cardíaca sintomática intracavitaria 12 años después del diagnóstico de cáncer de mama

Se trata de una paciente femenina de 47 años de edad con antecedentes de carcinoma lobulillar infiltrante diagnosticado en 2005, por el que se le realizó mastectomía radical modificada izquierda y cumplió tratamiento quimioterápico, radioterápico y, actualmente sigue el tratamiento con Tamoxifeno.

La paciente consultó a su médico de cabecera por disnea en clase funcional II/III, que se exacerbaba en decúbito dorsal y con los cambios posicionales; concomitantemente consulta por lasitud, fatiga y malestar general. Su médico de cabecera le solicita el panel básico de métodos complementarios, entre ellos, ecocardiograma transtorácico, que mostró una imagen hiperecoica adherida al septum interauricular de 2 cm × 2 cm, por lo que es derivada al servicio de cardiología del Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos(H.I.E. A y C) “San Juan de Dios” de La Plata con el diagnóstico presuntivo de mixoma auricular.

Al examen físico impresionaba en regular estado general con sus signos vitales dentro de los parámetros normales.

Datos positivos al examen físico: se auscultó un soplo diastólico de llenado mitral, de intensidad 2/4 y Plop tumoral en área mitral en posición de Pachón, con cambios acústicos según el decúbito adoptado.

Se solicitó un laboratorio general que mostró como único hallazgo patológico valores de eritrosedimentación de 120 mm/h. El ECG tenía ritmo sinusal a 95 Latidos por minuto, sin alteraciones patológicas.

Se tomó una telerradiografía postero-anterior de tórax, con técnica adecuada, que no presentó lesiones óseas visibles por este método. Se diagnosticó asimetría a nivel de los campos pulmonares, a predominio de infiltrado basal y cardiofrénico derecho que no se correlacionaban con la semiología respiratoria de la paciente, por lo que se interpretó como imágenes prestadas de la mama derecha.

La silueta cardíaca y los grandes vasos estaban dentro de los parámetros normales.

El ecocardiograma transesofágico presentó una imagen móvil en la aurícula izquierda de 1,8 cm × 1,8 cm, en contacto con el septum interauricular y adosado a la valva anterior mitral, por debajo de la fosa oval. El resto del examen sin particularidades. (Figura 1)

En la tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste, las imágenes líticas fueron a nivel del esternón, la columna dorsal, lumbar y el sacro. (Figura 2) Mostraba una imagen hipodensa en lóbulo IV hepático compatible con secundarismo. Además, se evidenció un tumor hipodenso en la aurícula izquierda y tejido anómalo infiltrante en la mama derecha.

Sobre la base de los hallazgos de tumor en la aurícula izquierda que no presenta características morfológicas de mixoma cardíaco, por no estar en contacto con la fosa oval, detalle que tienen en común los mixomas, no presentar heterogeneidad en su ecogenicidad (1) y,

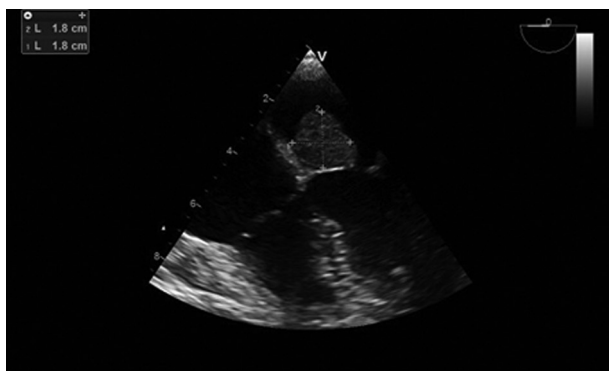


Fig. 1. Ecocardiograma transesofágico a 0 grados que muestra imagen hiperecoica en aurícula izquierda de 1,8 cm × 1,8 cm en contacto con septum interauricular por debajo de la fosa oval y en íntima relación con valva anterior mitral.