
 Invasión de aurícula izquierda por carcinoma pulmonar de células pequeñas

Varón de 67 años, tabaquista de 50 paquetes/año, consultó por hemoptisis de un mes de evolución. En tomografía computarizada de tórax con contraste endovenoso se evidenció voluminosa formación tumoral pulmonar izquierda con invasión de estructuras mediastinales: aurícula izquierda, arteria y vena pulmonar, y árbol bronquial izquierdo (Fig. 1 A, B, C, D, E, F). La citología de esputo evidenció células neoplásicas compatibles con carcinoma de células pequeñas. Por *performance status* deteriorado se decide tratamiento paliativo.

El 80% de los tumores primarios auriculares son benignos, siendo el mixoma el más frecuente de ellos. Sin embar-

go, las metástasis cardíacas son entre 20 a 50 veces más prevalentes. Las vías de diseminación son: hematógena, directa o linfática. La primera es la más habitual en caso de tumores de origen bronquial, mama, melanoma, linfoma y leucemia. La invasión por extensión directa se observa en carcinomas de estructuras cercanas (esófago, pulmón y mama). Los carcinomas renales y hepatocelulares utilizan la vía venosa hacia aurícula derecha a través de la vena cava inferior y los broncogénicos hacia aurícula izquierda a través de las venas pulmonares.

Respecto al tipo histológico, el compromiso cardíaco es poco frecuente en carcinomas de células pequeñas.

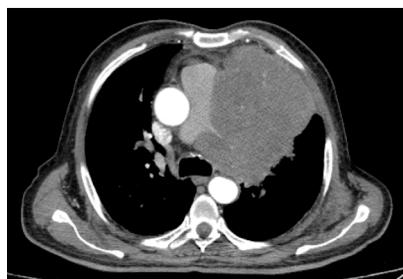


Fig. 1A



Fig. 1B



Fig. 1C



Fig. 1D



Fig. 1E



Fig. 1F

Aaron C. Kim, Martín Durlach, Gastón Zatta, Juan Pablo Suarez,
 Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, Argentina
 e-mail: joonsoo90@gmail.com