

# Noticias de Grupos de Trabajo SEOM



Una iniciativa de la SEDM para Residentes y Adjuntos Jóvenes



## Experiencia de una Rotación en el Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York

La Dra. Natalia Ramírez Merino estudió la Licenciatura de Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid y es actualmente R4 de Oncología Médica en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Ha realizado durante los meses de abril y mayo de 2009 una estancia en el prestigioso centro oncológico Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York (EE.UU.).

Nos ha parecido interesante compartir en este espacio para los residentes y adjuntos jóvenes su experiencia. Creemos que puede ser de ayuda para residentes que se estén planteando realizar una rotación en el extranjero dentro de su programa de formación especializada.

Desde que empecé mi residencia soy de la opinión que es una etapa en la vida para aprender todo lo posible, trabajando cada día, y formándonos como especialistas en Oncología Médica. Tenemos la suerte de ocuparnos de una especialidad reciente, en pleno desarrollo, y donde los nuevos tratamientos y avances son constantes. Durante los primeros años de residencia aprendemos a tener un buen manejo de nuestro paciente oncológico de manera integral. Poco a poco se van ampliando las habilidades y se van dominando los esquemas de quimioterapia y sus indicaciones. Es difícil pero hay que conseguir estar al día y tratar de ir más allá en los conocimientos que se van adquiriendo, por lo que es interesante relacionarse de cerca con la manera de trabajar y la organización de centros de referencia a nivel internacional. Por todo ello considero necesario y muy en-

riquecedor pasar una temporada en uno de estos centros del extranjero.

En mi caso, tras consultar con adjuntos con experiencia y valorar distintas opciones, mi elección fue clara desde el principio y solicité una rotación externa en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) de Nueva York. Es un Centro de gran prestigio a nivel internacional, de habla inglesa, exclusivamente oncológico, con múltiples publicaciones en revistas de máximo impacto, e innumerables ensayos clínicos propios.

Se puede consultar su página web y suscribirse para recibir su boletín mensual. En dicha web figuran los correos de todos sus attendings, y ésta es una manera de entrar en contacto con ellos, pero por otra parte somos varios los residentes que solicitamos estas estancias en hospitales

III▶ extranjeros y siempre es de gran ayuda preguntar a alguien que haya estado previamente sobre a quién dirigirse primero en el Centro escogido y los pasos a seguir.

■ **Lo considero una experiencia totalmente recomendable y enriquecedora en la formación en Oncología Médica**

En cualquier caso, mi experiencia con la organización a nivel docente del MSKCC es inmejorable. Al tratarse de un gran Centro oncológico, con una absoluta especialización en cada tipo tumoral, está dividido en departamentos estancos, que incluso se distribuyen en edificios diferentes distribuidos por toda la gran manzana, y los médicos nos desplazábamos de uno a otro a lo largo del día para acudir a las sesiones, para las consultas o la hospitalización... Escogí la rotación en el departamento de cáncer de mama y así me puse en contacto

por mail con su jefe de Servicio (Dr. Clifford Hudis), del cual obtuve una respuesta en el mismo día, y comencé todos los trámites necesarios a través de su eficiente secretaria personal. Recomiendo que una rotación así se prepare con varios meses de adelanto porque son bastantes los documentos que hay que ir presentando y sobre todo por todas las autorizaciones necesarias de las Unidades docentes y Agencias españolas.

Finalizado todo el proceso, disfruté de mi rotación como observer en el MSKCC de Nueva York. En el departamento de Cáncer de Mama, consulta externa y hospitalización, y también en la unidad de Consejo Genético, una de las mejores del mundo en la

que genetistas y oncólogos trabajan de manera coordinada.

Mi valoración es absolutamente positiva, podría decir que difícilmente superable. Soy consciente de la dificultad y determinación que puede implicar una decisión así, exponerla en el Servicio no es fácil, gestionar todas las autorizaciones, organizar por cuenta propia la estancia en otra ciudad lejana y culturalmente diferente... pero todo lo que aporta una estancia en un Centro de prestigio del extranjero a todos los niveles puedo decir que merece enormemente la pena. Lo considero una experiencia totalmente recomendable y enriquecedora en la formación en Oncología Médica.



La Dra. Nuria Ramírez en el centro



Dr. Agustí Barnadas

**Dr. Agustí Barnadas, nuevo coordinador del Grupo +mir**

Tras la renovación de la Junta Directiva de SEOM el pasado 22 de octubre, en el marco del XII Congreso Nacional SEOM, se está procediendo a renovar los miembros de las Secciones y Grupos de Trabajo de la Sociedad.

Es por ello, que el Dr. César A. Rodríguez deja el cargo de coordinador del Grupo de Trabajo +MIR de Residentes y Adjuntos Jóvenes, para pasarle la batuta al Dr. Agustí Barnadas, nuevo miembro de Junta Directiva de SEOM.

y trabajar en todas las actividades e iniciativas que se desarrollen.

Todos los socios que lo deseen pueden solicitar su incorporación al Comité Ejecutivo siendo requisito indispensable ser residente socio de SEOM. De las dos plazas convocadas, una está destinada para un R3 y la otra para un R4.

El plazo de recepción de solicitudes finaliza el 15 de diciembre de 2009. Los interesados pueden enviar su CV a [gerencia@seom.org](mailto:gerencia@seom.org), por fax al 91 436 12 59 o por correo postal a SEOM C/ Conde de Aranda 20, 5 º dcha, 28001 Madrid (indicando siempre Referencia + MIR).

Por otra parte, todo residente o adjunto joven que esté interesado en pertenecer al Grupo +MIR como valor añadido y participar en el blog de la web, los foros, plantear cuestiones o dar ideas al Comité en beneficio de su colectivo, pero que no deseen ingresar en el Comité Ejecutivo, pueden también solicitar adherirse al Grupo +MIR en la Secretaría de SEOM (91 577 52 81 o [seom@seom.org](mailto:seom@seom.org)).

Del mismo modo se renueva el Comité Ejecutivo del Grupo de Trabajo +MIR, continuando cuatro miembros anteriores, y se abre el plazo de solicitud para ingresar en las 2 vacantes nuevas que se convocan para ingresar en el Comité Ejecutivo del Grupo +MIR para coordinar

# Proyecto Ganador del 1<sup>er</sup> Premio del II Concurso +mir de Casos Clínicos

## Hemiparesia Izquierda y Masa Cardíaca

**Autor principal:**  
Virginia Galeazzi Martínez

**Colaboradores:**  
Rubén Leno Núñez, Beatriz Rivas López, Rosario Vidal Tocino

**Contacto:**  
Virginia Galeazzi Martínez  
Móvil: 645688992  
Email: galeazzi70@hotmail.com

**Datos del Centro de Trabajo:**  
Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Salamanca  
Paseo San Vicente, N° 52-128, Salamanca CP 37007. España  
Tlfo: +34923291100 Ext 51749 Fax: + 34 923 291 311

**Supervisor:**  
César. A. Rodríguez Sánchez. Médico Adjunto y Tutor de Residentes de Oncología Médica

### Caso Clínico

Se trata de un varón de 65 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento médico, que acude a Urgencias por un cuadro de dificultad para la deambulación, inestabilidad y bradipsiquia progresiva. En la anamnesis, además refiere pérdida de peso de aproximadamente 13 kg en 2 meses.

### Exploración Física y Exámenes Complementarios

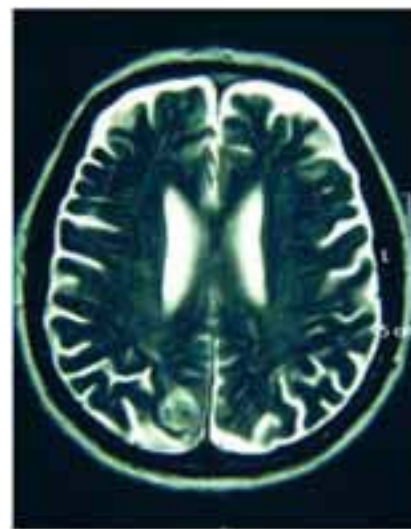
En la exploración, el paciente se encontraba consciente y orientado aunque bradilálico y bradipsíquico. Presentaba desviación de la comisura labial a la derecha, paresia en miembro superior izquierdo y disminución de la fuerza muscular en extremidad inferior izquierda. El resto de la exploración no mostraba hallazgos reseñables.

#### **Se realizaron las siguientes pruebas complementarias:**

Hemograma y bioquímica sérica, dentro de valores normales, salvo discreta leucocitosis de 13880/mm<sup>3</sup> con fórmula leucocitaria normal. El ECG mostraba ritmo sinusal a 60 lpm, AQRS a -45°, con onda T negativa de V3 a V5.

La Radiografía simple de tórax presentaba únicamente una cardiomegalia global grado I y un discreto patrón intersticial difuso bilateral.

Ante la sintomatología neurológica que presentaba el paciente, se realizó de manera inicial una TAC Craneal urgente, en la que se apreciaba una pequeña imagen hiperdensa a nivel de la convexidad parietal izquierda en posible relación con área calcificada. Asociaba otras imágenes hiperdensas lineales en región parieto occipital derecha que obligaban a descartar hemorragia subaracnoidea como primera sospecha, por lo que se realizó una RMN cerebral que puso de manifiesto la presencia de fenómenos isquémicos establecidos en hemisferio cerebeloso izquierdo y supratentoriales bilaterales, así como una lesión isquémica con fenómenos hemorrágicos asociados en unión de lóbulo parietal con occipital derecho (Fig 1a).



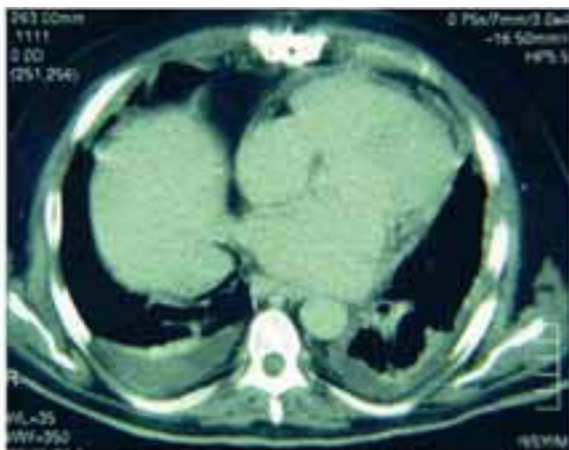
**Figura 1a.**  
RMN en la que se ponen de manifiesto la presencia de fenómenos isquémicos secundarios a embolismos

## Evolución

Ante la presencia de los hallazgos radiológicos de la RMN cerebral compatibles con múltiples fenómenos isquémicos se decidió realizar estudio Ecocardiográfico, en el que se objetivó un ventrículo izquierdo no dilatado con leve hipertrofia septal y FEVI normal. Patrón mitral normal. La aurícula izquierda, levemente dilatada, presentaba una masa redondeada de gran tamaño, de composición heterogénea y bordes lisos que ocupaba, prácticamente, toda la aurícula. La base de implantación de dicha masa era el septo interauricular (se ofreció como diagnóstico más probable mixoma auricular). Aurícula derecha. Ventrículo derecho levemente dilatado con contractilidad normal. Válvula aórtica trivalva, con velos finos, sin estenosis ni insuficiencia. Válvula mitral de aspecto normal. La masa anteriormente descrita protruía ligeramente pero no parecía provocar insuficiencia. Válvula pulmonar y tricúspide normales. PAP por cálculos indirectos: elevada (50 mmHg). Derrame pericárdico de pequeño tamaño en el saco posterior y sobre la aurícula derecha; sin compromiso hemodinámico.

Ante los hallazgos ecocardiográficos se realizó cateterismo cardiaco que mostró un árbol coronario principal sin lesiones angiográficamente significativas. Estenosis crítica a nivel distal de ramo posterolateral, sin lechos distales revascularizables.

El estudio mediante TAC torácica-abdomino-pélvica mostró múltiples infiltrados pulmonares subpleurales de predominio en pulmón izquierdo, mal definidos, parcheados, que podían corresponder a afectación embólica pulmonar o procesos infecciosos en relación con bronconeumonía, sin poder descartarse afectación neoplásica metastásica. Derrame pericárdico. Hipodensidad de aproximadamente 4 cm localizada en aurícula izquierda que pudiera corresponder a trombo o patología tumoral en dicha localización (Fig 1b). Ateromatosis de aorta y ramas. No adenopatías hiliares ni mediastínicas.



**Figura 1b.**  
TAC torácica en la que puede observarse la ocupación de la aurícula izquierda por la masa correspondiente al angiosarcoma

Tras los hallazgos radiológicos anteriormente descritos, se realizó por los Servicios de Cirugía Cardíaca y Cirugía Torácica resección de tumoración auricular izquierda y biopsia de un nódulo pulmonar. El resultado final de anatomía patológica de la masa cardiaca y del nódulo pulmonar fue de angiosarcoma de aurícula izquierda con metástasis pulmonares.

El paciente fue inicialmente dado de alta con tratamiento diurético, beta bloqueante, IECA, calcio antagonista y oxígeno domiciliario y enviado a la consulta de Oncología para valorar actitud terapéutica.

Al acudir a la primera visita en Oncología el paciente presenta un franco deterioro clínico, con ECOG-3 y cuadro compatible con insuficiencia cardiaca de predominio derecho secundario a bradicardia secundaria a betabloqueantes, siendo ingresado en nuestro servicio. Una vez estabilizada la situación hemodinámica y respiratoria del paciente se decidió iniciar tratamiento específico para su neoplasia de base a base de Paclitaxel semanal.

Un mes después ingresa nuevamente por Ictus en territorio de Arteria cerebral media derecha (pérdida de fuerza en hemituerpo derecho): Exploración neurológica en ese momento: Desviación de la mirada primaria a la izquierda. Parálisis facial izquierda. Paresia en miembro superior izquierdo (3/5), miembro inferior izquierdo (2/5) y en miembro inferior derecho (3/5). Sensibilidad conservada. ECOG:3. Se le realiza TAC cerebral que demuestra la presencia de hipodensidades de localización corticosubcortical en región occipital derecha y parietal posterior bilateral de aspecto triangular con retracción del parénquima cerebral subyacente, sugente de lesiones isquémicas evolucionadas. TAC cerebral de control a las 48 horas: sin cambios respecto al previo.

Se le realizó también un nuevo ecocardiograma: ligera dilatación de ventrículo derecho con movilidad preservada, no masas intracardíacas. Engrosamiento pericárdico en región de AD.

Durante el ingreso recibió tratamiento antiagregante y anticoagulante con discreta mejoría de la paresia por lo que se decidió el alta hospitalaria.

## Discusión

Los tumores cardiacos primarios son extremadamente raros teniendo una incidencia de menos de 0.1% (1). Los tumores malignos representan, aproximadamente 15% de las neoplasias cardiacas primarias y de estos el tipo histo-

lógico más frecuente son los sarcomas (2). Los sarcomas descritos con mayor frecuencia son los angiosarcomas, rhabdomyosarcomas, fibrosarcomas y leiomyosarcomas. Los angiosarcomas cardíacos aparecen predominantemente en la aurícula derecha en pacientes de entre 30 y 60 años de edad con una relación hombre/mujer de 2:1 (3).

De igual forma que las neoplasias benignas, la presentación clínica de los tumores malignos cardíacos está determinada en gran medida por la localización del tumor más que por el tipo histológico. Pueden ser sintomáticos o ser un hallazgo incidental en la evaluación de un problema que aparentemente no está relacionado. Las manifestaciones clínicas son el resultado de los siguientes mecanismos fisiopatológicos: obstrucción intracardiaca al flujo y/o afectación de la función valvular; arritmias o derrame pericárdico secundario a invasión local; embolismos o metástasis sistémicas; producción de citocinas causantes de síntomas constitucionales. En el caso de nuestro paciente, la presencia de cuadros embólicos con isquemia cerebral fue el motivo de consulta.

Las pruebas complementarias más útiles para el diagnóstico son el ecocardiograma, la resonancia magnética y la tomografía computarizada.

En general, los angiosarcomas proliferan rápidamente y pueden causar la muerte por infiltración miocárdica, obstrucción al flujo cardíaco o por las metástasis a distancia y las consecuencias clínicas que de éstas deriven.

Aunque la resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección, la mayoría de los pacientes presentan recurrencia de la enfermedad a pesar de haber sido sometidos a una extirpación total de la neoplasia (4). La supervivencia está determinada por la posibilidad de realizar una resección completa de la masa -siendo la mediana de supervivencia de 17 meses tras la resección completa y de 6 a 12 meses tras la resección parcial-; la presencia de metástasis al diagnóstico (15 meses cuando no hay metástasis y 5 meses en aquellos que sí las presentaron). En el caso de nuestro paciente existen por tanto criterios de mal pronóstico en el momento del diagnóstico ante la presencia de enfermedad metastásica.

En un esfuerzo por mejorar estos pobres resultados se han utilizado, asociados al tratamiento quirúrgico del tumor primario, diversos esquemas de quimioterapia, generalmente basados en el uso de antraciclinas con o sin ifosfamida. Existen algunas series de pacientes tratados con paclitaxel en los que se han observado respuestas objetivas (5). Sin embargo actualmente no existen estudios diseñados para el tratamiento específico de los angiosarcomas y la experiencia con la que se cuenta se basa en casos anecdóticos. En el caso de nuestro paciente, se eligió el tratamiento con paclitaxel semanal en base a los resulta-

dos referidos de la bibliografía y la presencia de un estado general frágil que precisaba de un esquema terapéutico activo y con escasa toxicidad.

## Palabras Clave

Angiosarcoma cardíaco. Aurícula izquierda. Hemiparesia. Accidente cerebrovascular. Metástasis pulmonares.

## Bibliografía

1. Lam KY; Dickens P; Chan AC. Tumors of the heart. A 20-year experience with a review of 12,485 consecutive autopsies. Arch Pathol Lab Med 1993 Oct;117(10):1027-31.
2. Molina JE; Edwards JE; Ward HB. Primary cardiac tumors: experience at the University of Minnesota. Thorac Cardiovasc Surg 1990 Aug;38 Suppl 2:183-91.
3. Schocron L; Schanz S; Beck E. Angiosarcomas cardíacos: Implicación diagnóstica, pronóstica y terapéutica. Rev. Argent. Cardiol 2007 Ago;75(4):299-302.
4. Okamoto K; Kato S; Katsuki S; Wada Y; Toyozumi Y; Morimatsu M; Aoyagi S; Imaizumi T. Malignant fibrous histiocytoma of the heart: case report and review of 46 cases in the literature. Intern Med 2001 Dec;40(12):1222-6.
5. Asmane I; Litique V; Heymann S; Marcellin L; Métivier AC; Duclos B; Bergerat JP; Kurtz JE. Adriamycin, cisplatin, ifosfamide and paclitaxel combination as front-line chemotherapy for locally advanced and metastatic angiosarcoma. Analysis of three case reports and review of the literature. Anticancer Res. 2008 Sep-Oct;28(5B):3041-5.