

Archivos de Cardiología de México

Volumen 75
Volume

Número 1
Number

Enero-Marzo 2005
January-March

Artículo:

Lipoma cardíaco: Tumor benigno infrecuente. Importancia de la RM

Derechos reservados, Copyright © 2005
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

IMÁGENES EN CARDIOLOGÍA

Lipoma cardíaco: Tumor benigno infrecuente. Importancia de la RM

Jaime Nevado Portero,* Eduardo Arana Rueda,* Ernesto Lage Gallé*

Palabras clave: Lipoma cardíaco. Tumores cardíacos primarios. Resonancia magnética.
Key words: Cardiac lipoma. Primary Cardiac tumors. Magnetic resonance.
(Arch Cardiol Mex 2005; 75: 79-81)

Varón de 24 años, sin antecedentes de interés. Estando asintomático, se le detectó un soplo cardíaco, por lo que se realizó ecocardiografía que mostró un ventrículo derecho dilatado con imagen de masa que ocupaba gran parte de la cavidad ventricular (8.5 x 6.5 x 4 cm.). Se resecó el tumor, quedando pequeñas lesiones residuales a nivel de pared libre y tabique interventricular (TIV). Desde el punto de vista histológico, se informó inicialmente como liposarcoma bien diferenciado vs lipoma atípico, derivándose a nuestro centro hospitalario para plantear trasplante cardíaco. Entre otras pruebas, se solicitó RNM, que objetivó tres lesiones, con intensidad de señal homogénea, similar a la grasa en todas las secuencias. Una de ellas se localiza en el tercio distal del TIV, siguiendo su eje largo y disponiéndose en la vertiente derecha del mismo. Las otras dos en la pared libre del VD, la mayor de ellas hacia el ápex, la menor en la pared inferolateral (*Fig. 1*). La utilización de secuencias con supresión grasa, redujo la intensidad de señal, ayudando a su diagnóstico (*Fig. 2*). Se rescataron las preparaciones histológicas, y se informó definitivamente como tejido adiposo maduro sin signos de atipia celular (*Fig. 3*). Estos datos, junto con las imágenes descritas anteriormente, llevaron al diagnóstico definitivo de lipoma cardíaco.

Los tumores primarios cardíacos son muy infrecuentes y aunque no se puede precisar la incidencia exacta de cada tipo específico de tumor, cerca del 75% son histológicamente benignos. En la literatura se han descrito unos 70 casos de lipoma cardíaco, se dan en todas las edades y con la misma frecuencia en ambos sexos. Afectan fundamentalmente a ventrículo izquierdo y a aurícula derecha.¹ El diámetro va de 1 a 15 cm, siendo la mayor parte sésiles y de origen subendocárdico. Pocas veces son causa de arritmias, aunque están descritas.² Aquéllos con extensión intracavitaria provocan síntomas característicos de insuficiencia cardíaca derecha, aunque en la mayoría de las ocasiones cursan de forma asintomática, diagnosticándose de manera post mortem. Las lesiones se hallan bien encapsuladas, compuestas de células maduras de grasa y tejido fibroso.³ La ecocardiografía, el TAC y la RNM permiten el diagnóstico y caracterización de la naturaleza lipomatosa, especialmente la resonancia con supresión de grasa,⁴ siendo el diagnóstico definitivo el histológico. Desde el punto de vista terapéutico las indicaciones para intervención quirúrgica deben ser generosas con el fin de prevenir complicaciones potencialmente letales.⁵

* Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Correspondencia: Dr. Jaime Nevado Portero. C/ Pedro Pérez Fernández N° 13, Piso 1° CP 41011. Sevilla. España. Teléfono: 954283435/ 653830847 Fax: 954272333 Correo electrónico: jaimenevado@hotmail.com

Recibido: 6 de octubre de 2004

Aceptado: 8 de diciembre de 2004

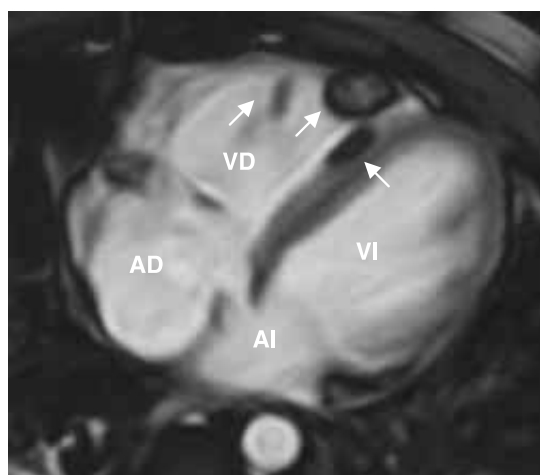


Fig. 1A.

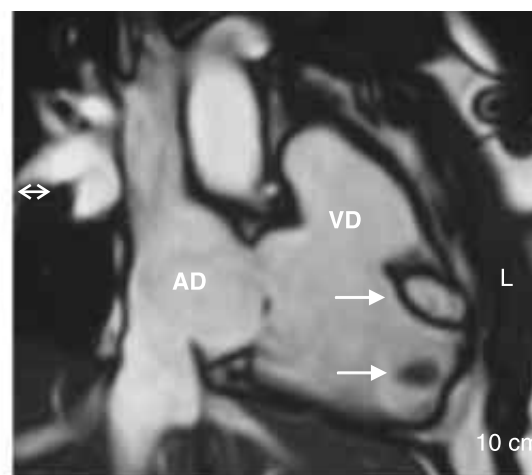


Fig. 1B.

Fig. 1. Resonancia magnética nuclear que muestra las lesiones descritas (flechas). A la izquierda eje longitudinal horizontal 4 cámaras. A la derecha eje largo vertical de ventrículo derecho.
AD: aurícula derecha. AI: aurícula izquierda. VD: ventrículo derecho. VI: ventrículo izquierdo.



Fig. 2A.



Fig. 2B.

Fig. 2. A la izquierda resonancia magnética nuclear sin técnica de supresión de grasa. A la derecha secuencia de supresión de grasa con gadolinio intravenoso (para observar grado de vascularización), que muestra hipodensidad de la masa ya que se encuentra constituido por tejido adiposo maduro.

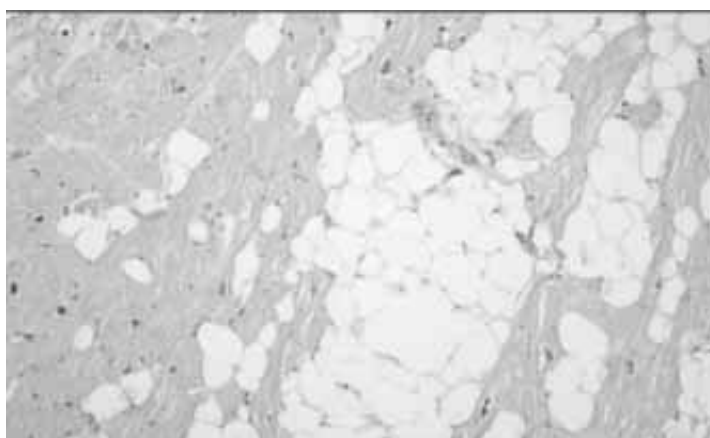


Fig. 3. Tejido adiposo maduro sin signos de atipia celular y con abundantes fibras musculares cardíacas atrapadas. Estas últimas muestran signos regenerativos.

Referencias

1. COLUCCI WS, SCHOEN FJ: *Tumores primarios del corazón. Braunwald Cardiología. "El libro" de medicina Cardiovascular 2004; Volumen III; Sección V; Capítulo 49; 2218-2233.*
2. SHAPIRO LM: *Cardiac tumours: diagnosis and management.* Heart 2001; 85: 218-222.
3. García-Ramos G, Oseguera J, Nájera RG: *Lipoma cardíaco. Reporte de un caso.* Médica Sur, México 2002; 9(2): 88-90.
4. HOFFMANN U, GLOBITS S, FRANK H: *Cardiac and paracardiac masses. Current opinion on diagnostic evaluation by magnetic resonance imaging.* Eur Heart J 1998; 19: 553-563.
5. SCHREPFER S, DEUSE T, DETTER C, TREEDE H, KOOPS A, BOEHM DH, ET AL. *Successful Resection of a Symptomatic Right Ventricular Lipoma.* Annals Thoracic Surgery 2003; 76: 1305-7.

