

Mixoma de aurícula izquierda

Left auricula myxoma

Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Yucet Rodríguez Fajardo; Dr. Javier Calderón Betancourt

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se describió un caso de una paciente de 51 años con el diagnóstico de mixoma de aurícula izquierda. Se expusieron las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de esta paciente. Se destacó la inespecificidad clínica de esta entidad, así como la importancia de la angiocardiografía y ecocardiografía en el diagnóstico preoperatorio de los tumores cardíacos.

DeCS: MIXOMA; AURÍCULA CARDIACA.

ABSTRACT

A fifty one years old patient with the diagnosis left auricula mysoma is described clinical, diagnostic and therapeutic characteristics of this patient are exposed. It is stressed the clinical importance of the angicardiography and echocardiography in the preoperatory diagnosis of cardiac tumors.

DeCS: MYXOMA; HEART ARTRIUM.

INTRODUCCIÓN

Los tumores cardíacos constituyen un tipo patológico de escasa frecuencia, pero son gran interés por sus particularidades clínicas, diagnósticas y terapéuticas. ¹ La propia variedad de sus manifestaciones clínicas hace que su diagnóstico pueda ser extraordinariamente difícil, al ser capaces de producir síntomas y signos que sugieren enfermedad de otros sistemas. ² La introducción de técnicas nuevas como la ecocardiografía ha permitido establecer un diagnóstico concreto con mayor facilidad, ³ lo que contribuye a aumentar su interés terapéutico. Del mismo modo, el aumento de conocimientos sobre el comportamiento evolutivo de estos tumores ⁽⁴⁾ ha permitido modificar las técnicas quirúrgicas al conseguirse mejores resultados en algunas clases de tumores.

La presentación de un caso de mixoma de aurícula izquierda y una revisión de los aspectos generales y de interés diagnóstico y terapéutico constituyen los objetivos primordiales de esta comunicación.

Observación Clínica:

Paciente femenina de 51 años, ama de casa, no presenta antecedentes personales ni familiares de interés.

Anamnesis: a finales del mes de enero, después de un estado gripal, comenzó a sufrir en su hogar sensación de sueño, al despertar aparece lenguaje tropelozo, con pérdida de visión del campo nasal del ojo izquierdo y disminución de la fuerza muscular del miembro superior derecho, es ingresada en nuestro hospital con el diagnóstico de ATI.

Datos al examen físico: todos fueron normales.

Exploraciones complementarias: bioquímicamente todos los exámenes fueron normales al igual que la radiografía de tórax, el electrocardiograma y la TAC simple de cráneo. El fondo de ojo demostró oclusión de la arteria central de la retina. Es ingresada con tratamiento de 500 mg de aspirina, ½ tableta diaria, dipiridamol de 25 mg, 3 tabletas diarias y dieta hiposódica e hipograsa.

El 15/2/00 es traída a nuestro hospital porque aparecieron, de forma progresiva, edemas en miembros inferiores y superiores, así como en la cara, dolor en el epigastrio irradiado a hipocondrio derecho, de gran intensidad, que no aliviaba con analgésicos y se acompañaba de vómitos escasos, pérdida del apetito y astenia marcada y señalaba disnea empeorada con los esfuerzos; por tal motivo es remitida a nuestra sala.

Datos positivos del examen físico:

Edemas bilaterales en ambos miembros inferiores con difícil godet.

Aparato respiratorio: crepitantes en ambas bases pulmonares, frecuencia respiratoria 28 x minutos.

Aparato cardiovascular: latidos cardíacos rítmicos de baja intensidad, soplo sistólico II / VI audible en apex de intensidad baja, fijo y suave. FC 110 latidos x minutos.

Abdomen globuloso, blanco, doloroso en hipocondrio derecho, punto de Murphy: positivo +++, maniobra Abraham, Fissinger y Pronts: positivas.

Estudio analítico: hemoglobina 10g/l, leucocitos $10 \times 10^9/l$ con diferencial normal, VSG, glicemia, creatinina, coagulograma, iones, enzimas: no ofrecieron valores patológicos, radiografía de tórax: con aumento del área cardíaca, EKG: taquicardia sinusal, ultrasonido abdominal: hígado normal, vesícula de tamaño normal con paredes engrosadas, en su infundíbulo, se observa imagen ecogénica sin sombra acústica que impresiona en relación con bilis de éxtasis, páncreas, bazo, riñones y estructuras ginecológicas normales.

Ecocardiografía: imagen ecogénica redonda dependiente de aurícula izquierda que sigue movimiento de contractilidad sin precisarse pedículo (Fig. 1,2). Se traslada en avión bajo previa coordinación con el hospital Hermanos Ameijeiras para tratamiento quirúrgico urgente, el cual fue realizado y en el que se le practicó exéresis de un mixoma de 10 x 9 x 10 cm de tamaño. La paciente, después de la intervención quirúrgica, es dada de alta y seguida por consulta sin ningún tipo de alteración

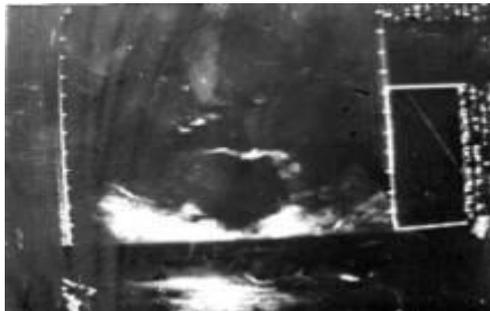


Figura 1. Ecocardiografía de A.I donde se observa tumor de aurícula izquierda dependiente del tabique I A, que ocluye orificio de salida de la válvula mitral en diástole acompañado de AI dilatada

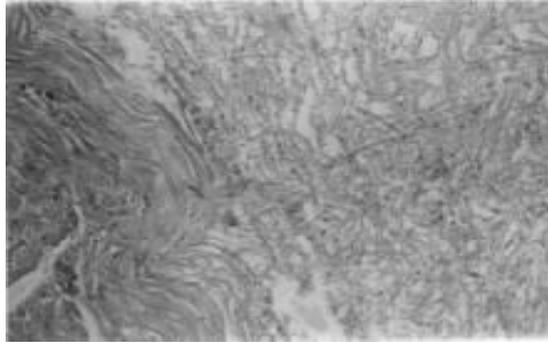


Fig. 2. Estudio anatomopatológico de mixoma auricular izquierdo en conexión íntima con el endocardio auricular situado a la izquierda (coloración de H y E, pequeño aumento, 10x4)

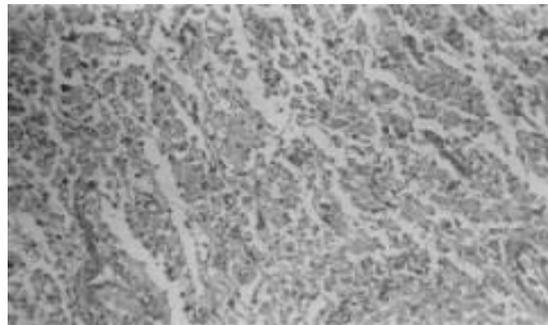


Fig. 3: Estudio anatomopatológico de mixoma auricular izquierdo. Se observan los fibroblastos mixomatosos que componen el mixoma con el núcleo pequeño y el citoplasma cargado de un material mucinoso (mediano aumento, coloración de H y E, pequeño aumento 10 x 10).

DISCUSIÓN

Los tumores cardíacos son raros y se encuentran en uno de cada 10 000 autopsias⁵ lo que representa el 0,06 % de todos los tumores primitivos. Se han publicado algunas revisiones de conjunto sobre esta entidad.⁶ Por su frecuencia e interés terapéutico destacan claramente los mixomas.⁷ Antiguamente el diagnóstico se basaba principalmente en la angiocardiografía.⁸ El hallazgo más notable es la

existencia de defectos de llenado correspondiente a la masa tumoral. La ecocardiografía representa un importantísimo avance en el diagnóstico de estos casos, ⁹ como pudimos apreciar en nuestra enferma. La primera extirpación con éxito de un tumor fue llevada a cabo por Crafoord en 1954. ¹⁰ El mismo año Bigelow y colaboradores, comunicaron otro enfermo extirpado con éxito mediante oclusión de cavas e hipotermia profunda.

El posible potencial maligno de los mixomas, teniendo en cuenta las recurrencias descritas, ^{4, 12} hace que sea necesario mantener un control postoperatorio periódico de éstas, como lo hacemos con esta paciente.

El ecocardiograma gana así un nuevo valor en el estudio de estos pacientes para el diagnóstico de nuevas recurrencias al evitar la necesidad de exploraciones más traumáticas.

Actualmente, el único tratamiento quirúrgico radical para los tumores malignos es el trasplante cardíaco. La mayor parte de los datos dignos de crédito parecen indicar que el mixoma es una verdadera neoplasia. ¹³ El mixoma suele observarse en pacientes de 30 a 60 años de edad y con frecuencia doble o triple en las mujeres que en varones, ¹⁴ como observamos en nuestra enferma.

Los tumores cardíacos no suelen producir síntomas clínicos, a veces se descubren por examen necrópsico. ¹⁵ Sin embargo, en ocasiones originan signos clínicos distintivos que permiten un diagnóstico preciso; los síntomas dependen de la localización y hasta cierto punto de las dimensiones del tumor que ha sido tan pequeño como de 1 cm o tan grandes como 8 cm de diámetro, por lo que la sangre experimenta grandes dificultades para atravesar el corazón, transmisión imperfecta del impulso cardíaco por el sistema de conducción, de la reacción pericárdica o, más raramente, de lesión miocárdica intensa. Las principales manifestaciones clínicas ¹⁶ dependen de: insuficiencia cardíaca congestiva, taponamiento cardíaco crónico o síndrome de la vena superior, insuficiencia circulatoria aguda, pericarditis aguda o pericarditis con derrame, arritmias, signos de enfermedad valvular, muerte súbita y embolias cerebrales. De estas alteraciones nuestra paciente presentó embolias cerebrales como se demostró en su primer ingreso y signos de insuficiencia cardíaca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Birmingham C, Peretz I. Metastatic carcinoma presenting as obstruction to the right ventricular out flow tract. Am H J. 1991;197:1229-32.
2. Goodwin J. Symposium of cardiac tumors. Am J Card. 1988;121:1307-14.

3. Chadraratna P, San Pedro S, Elkins R, Grantham N. Electrocardiographic, angiocardigraphic and surgical correlations in right ventricular myxoma simulating valvular pulmonic stenosis. *Circulation*. 1992;95:619-622.
4. Read R, White H, Murphy M. The malignant potentiality of left atrial myxoma. *J Thorac and Cardiovasc Surg*. 1996;168:1857-68.
5. Nadas A, Curtis P. Cardiac tumors in infancy. *Am J Card*. 1989;71:863-6.
6. Castillo Olivares J. Mixoma del atrio izquierdo. *Rev Clin Esp*. 1986;206:832-4.
7. Petters N, Hall J, Cooley A, Lenchaman D. The clinical syndrom of atrial myxoma *JAMA*. 1995;1230:2695-2701.
8. Fitterer J, Spicer J, Nelson P Echocardiographic demonstration of bilateral atrial myxomas. *Chest*. 1996;170:2-10.
9. Ports T, Schiller N, Strunk B. Ecocardiography of right ventricular tumors. *Circulation*. 1993;256:439-1447.
10. Grafoord C. Discussion on mitral stenosis and mitral insufficiency: Proc international symposium of cardiovascular surgery. Henry Ford Hospital. Philadelphia: W.B. Saunders; 1955.
11. Biguelow W, Dolan F, Campell F. Effect of hipotermia on risk of surgery. *Proc Cong Soc Internat Chir*. 1955;16:631-6.
12. Canals J, Foz M, Galindo L. Mixoma de aurícula izquierda. *Med Clin (Barcelona)*. 1996;85:998-1001.
13. Fisher E, Hellstrom H. Evidence in suport of the neoplastic nature of cardiac myxoma. *Am Heart J*. 1990;100:1630-64.
14. De la Fuente Pérez A. Mixoma de aurícula izquierda. *Rev Cir Esp*. 1955;128:2251-56.
15. Bahson H, Newman E. Diagnosis and surgical removal of intracavitary myxoma of the right a trial. *Bull John Hosp*. 1996;193:1150-54.
16. Ruiperez Abizanda J, Compillo Rodríguez V, García García J, López Alains A, Monzonis Torres M, Rodríguez Bermejom. Embolismo coronario periférico y visceral por mixoma de aurícula izquierda: estudio anatomopatológico. *Rev Esp Card*. 1995;50:939-44.

Recibido: 1 de marzo de 2002

Aprobado: 3 de abril de 2002

Dr. Rafael Pila Pérez. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.