

## Mixoma ventricular izquierdo en paciente con síndrome de inmunodeficiencia humana

### *Myxoma left ventricle in a patient with human immunodeficiency syndrome*

**Dr. Rolando Castellanos Rojas<sup>I</sup>; Dr. Ismael Ferrer Herrera<sup>II</sup>; Dra. Paula Denise Martínez Pinto<sup>I</sup>; Fernando Carreras Calvo<sup>III</sup>; Dra. Rut Perozo Panicello<sup>III</sup>; Leandro A Segura Pujal<sup>IV</sup>**

I Hospital General José Macamo. Maputo, Mozambique.

II Policlínico Universitario "Ignacio Agramonte" Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

III Hospital General Clínico Quirúrgico Abel Gilbert Pontón. Guayaquil, Ecuador.

IV Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba

---

### RESUMEN

**Fundamento:** las complicaciones cardiovasculares son frecuentes en etapas finales del síndrome de inmunodeficiencia adquirida; los tumores cardíacos pueden observarse aunque con poca frecuencia.

**Objetivo:** presentar el caso de una paciente de 30 años de edad, femenina y con antecedente de síndrome de inmunodeficiencia adquirida hace cuatro años y signos de insuficiencia cardíaca.

**Caso clínico:** paciente de raza negra, femenina de 30 años de edad, que llevaba cuatro años con tratamiento antirretroviral para síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Comenzó a presentar astenia marcada, disnea de moderada intensidad que fue aumentando y le impedía el decúbito supino, palpitations y edemas en miembros inferiores. Por esta sintomatología acude al servicio de urgencia.

**Conclusiones:** la ecocardiografía es una herramienta valiosa a la hora de diagnosticar de forma rápida y sencilla la presencia de tumores cardíacos. Se debe sospechar la presencia de tumores cardíacos en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia humana y signos de descompensación cardíaca. El diagnóstico definitivo del tipo de tumor de esta paciente, se realizó postmortem, ya que la paciente falleció por otras complicaciones clínicas.

**DeCS:** MIXOMA; SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA; INSUFICIENCIA CARDÍACA; ADULTO; INFORMES DE CASOS.

## ABSTRACT

**Background:** cardiovascular complications are frequent at final stages of acquired immunodeficiency syndrome. At these points, cardiac tumors can be seen with low frequency.

**Objective:** to present the case of a patient with cardiac insufficiency signs and preceding four-year acquired immunodeficiency syndrome.

**Clinical case:** a thirty-year-old black female patient, who received four-year antiretroviral therapy for acquired immunodeficiency syndrome. She began having palpitations, edemas of inferior limbs, noticeable asthenia, and low intensity dyspnea, which was increasing later. Because of this symptomatology, the patient goes to casualty department.

**Conclusions:** echocardiography is a valuable tool when diagnosing the presence of cardiac tumors in a fast and simple way. Patients who suffer from acquired immunodeficiency syndrome and have cardiac decompensation signs are exposed to these types of tumors. A definitive diagnosis in this patient was made after her death (*post-mortem*), because she died due to other clinical complications.

**DeCS:** MYXOMA; ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME; HEART FAILURE; ADULT; CASE REPORTS.

---

## INTRODUCCIÓN

En 1983, Valdés Martín A, et al,<sup>1</sup> refieren que el médico y virólogo francés Luc Montagnier descubre el retrovirus causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) humana, al que primero llamó LAV, y que en 1986 recibe la denominación internacional de virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

La infección por el VIH se caracteriza por desarrollar una inmunosupresión adquirida severa, que predispone al paciente a múltiples infecciones oportunistas, neoplasias, y a una progresiva disfunción multiorgánica.<sup>2, 3</sup> Las personas que viven con HIV tienen riesgo incrementado de desarrollar neoplasias. Tres de ellas son, sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin de células B y carcinoma cervical invasivo; estos se consideran eventos marcadores de SIDA. La inmunosupresión con pérdida de la vigilancia inmunológica es el factor determinante de la emergencia de estas neoplasias. La coinfección con herpesvirus humano tipo 8 o virus de Epstein Barr opera como cofactor para su desarrollo.<sup>4</sup> La incidencia de cánceres oportunistas han

disminuido en la última década como consecuencia de la estabilidad inmune que alcanzan muchas personas, a merced de la implementación temprana del tratamiento antirretroviral y a la respuesta completa y sostenida al mismo. Sin embargo, la elevación de la expectativa de vida de estas personas se asocia con condiciones no SIDA, entre las que se destacan las neoplasias.<sup>5</sup>

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente de 30 años, femenina y antecedente de síndrome de inmunodeficiencia adquirida con tratamiento hace cuatro años y signos de insuficiencia cardíaca aguda.

## CASO CLÍNICO

Paciente, femenina, de raza negra y 30 años de edad, con antecedente de padecer hace cuatro años SIDA, para el cual lleva tratamiento con antirretrovirales. Comenzó a presentar astenia moderada, fatiga a los pequeños esfuerzos, disnea que se incrementó hasta la disnea paroxística nocturna y palpitaciones.

Por estos motivos, acude al servicio de urgencia y es ingresada.

### Exámen físico

Mucosas: húmedas e hipocoloreadas.

Tejido celular subcutáneo: infiltrado en miembros inferiores.

Piel: sin alteración.

Sistema respiratorio: murmullo vesicular normal, frecuencia respiratoria 20 por minutos, no estertores.

Sistema cardiovascular: área cardíaca normal, latido de la punta no visible, palpable en quinto espacio intercostal izquierdo.

Pulsos periféricos normales. Frecuencia cardíaca 100 por minuto. Tensión arterial 140/90 milímetros de mercurio.

Ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, no soplos, tercer ruido cardíaco izquierdo presente.

### Estudios analíticos

Hemoglobina: 7 g x L. Leucograma:  $18 \times 10^9$  /L. Neutrófilos: 41 %. Linfocitos: 33 %. Monocitos: 3 %. Eosinófilos: 2 %. Conteo de plaquetas:  $158 \times 10^9$  /L. Glucemia: 10, 2 mmol x L. Creatinina: 108 mmol x L. Ácido Úrico. 390 mmol x L. Colesterol: 7, 1 mmol x L. Trigliceridos: 4, 3 mmol x L

Linfocitos T % ( CD3+CD4+/CD45+): 1 %

Linfocitos T ( CD3+CD4) conteo absoluto: 13

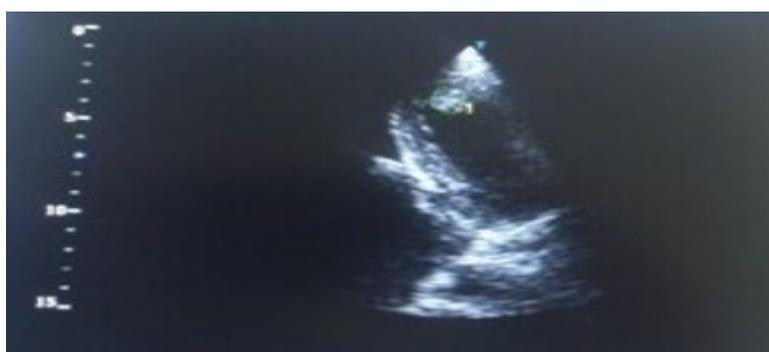
Rx de Tórax: normal

Electrocardiograma: taquicardia sinusal.

Ecocardiograma: (Figura. 1 y 2)



**Figura 1.** Vista en el eje largo paraesternal  
Se observa tumor de 50 mm en la región septo-apical en el ventrículo izquierdo



**Figura 2.** Vista 2 cámara apical  
se observa tumor en el ápex

## DISCUSIÓN

El desarrollo de la ecocardiografía obtuvo un valor significativo en el diagnóstico de tumores cardíacos, ya que la técnica facilita la detección de masas intracardíacas.

Según Gómez Padrón MV y Gómez Padrón EI,<sup>6</sup> en 440 autopsias realizadas a fallecidos con VIH, se detectaron en 82 alteraciones cardíacas, que en orden de frecuencia fueron: derrame pericárdico, miocarditis intersticial, miocardiopatía dilatada, endocarditis y neoplasias cardíacas como el sarcoma de Kaposi y el linfoma inmunoblástico de células B.

Se considera que alrededor del 75 % de todos los tumores cardíacos primarios son neoplasias benignas; los mixomas cardíacos suponen al menos la mitad de ellos. Sin embargo, la denominación oncológica de benignidad infraestima el efecto devastador que puede suponer para el paciente cualquier tumor cardíaco primario benigno.<sup>7,8</sup>

El sarcoma de Kaposi se reporta como la manifestación inicial estimada para un 30 % de los casos de SIDA, incluso, en los inicios de la década de los 80 se detectó una forma epidémica en Nueva York y California.<sup>9</sup>

En un estudio realizado por Estévez Álvarez N, et al,<sup>10</sup> y descrito por Braunwald, et al,<sup>11</sup> se propone la siguiente clasificación de los tumores cardíacos:

### **Tumores primarios benignos**

Mixoma, rabdomioma, fibroma, fibroelastoma papilar, lipoma, mesotelioma del nodo A-V, teratoma, hemangioma, quiste pericárdico, Paraganglioma.

Otros: linfangioma, neurofibroma, hamartoma, leiomioma, swannoma, granuloma de células plasmáticas.

### **Tumores primarios malignos o sarcomas**

Angiosarcoma, rabdomiosarcoma, fibrosarcoma, osteosarcoma, sarcoma neurogénico, liposarcoma, sarcoma sinovial, leiomiosarcoma,

mesotelioma, linfoma maligno, timoma maligno, teratoma maligno.

La existencia de tumores en pacientes inmunodeprimidos no es excepcional; sin embargo, la afectación cardíaca por estos tumores constituye una rareza.<sup>12</sup>

Antes de la introducción del tratamiento antiretroviral, los principales padecimientos cardiovasculares en pacientes con infección por VIH eran: hipertensión arterial pulmonar relacionada al virus, miocardiopatía dilatada, miocarditis, derrame pericárdico y tumores cardíacos, estos últimos se observaban con menor frecuencia.<sup>13-15</sup>

Los linfomas primarios pueden presentarse en cualquier tipo de adultos, parece existir una marcada relación con estados de inmunodeficiencia, sobre todo en pacientes con SIDA. Esta circunstancia obliga a recordar estos tumores cuando tales pacientes manifiestan síntomas de compromiso cardíaco sin otra causa aparente. Los pacientes suelen presentar insuficiencia cardíaca severa y progresiva, precordialgia y arritmias.<sup>16-19</sup> Esta enfermedad guarda similitud con otras neoplasias malignas cardíacas en cuanto a su presentación clínica inespecífica, tórpida evolución y escasas posibilidades terapéuticas.

Los tumores multicéntricos suelen ser los rabdomiosarcomas, mesoteliomas, los angiosarcomas (de aurícula derecha o pericardio) y los osteosarcomas (de aurícula izquierda); son prototipos de tumores localizados.<sup>17,18</sup>

Las manifestaciones clínicas de los mixomas cardíacos dependen en gran medida de su localización, se estima que el 10 % de los pacientes se mantienen asintomáticos y en el 30 % de los casos la semiología es poco importante o inespecífica; el 60 % de los pacientes presentan signos y síntomas obstructivos, embólicos y constitucionales, que constituyen la tríada clásica de presentación de estos tumores.

Mientras que los mixomas auriculares se asocian a menudo con manifestaciones de enfermedad sistémica como pérdida de peso, fatiga, fiebre, anemia, leucocitosis y elevación de la velocidad de sedimentación globular, estos síntomas y signos no están presentes en pacientes con mixoma ventriculares.<sup>19-22</sup>

Las masas cardíacas son un reto diagnóstico porque las decisiones terapéuticas se basan en los hallazgos de las técnicas de imagen. La ecocardiografía transtorácica y transesofágica, la resonancia magnética (RM) y la tomografía computarizada (TC) son fundamentales para la detección, caracterización, estratificación y planificación del tratamiento.<sup>23-25</sup>

## CONCLUSIONES

La ecocardiografía es una herramienta valiosa a la hora de diagnosticar de forma rápida y sencilla la presencia de tumores cardíacos. Se debe sospechar la presencia de tumores cardíacos en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia humana y signos de descompensación cardíaca. El diagnóstico definitivo del tipo de tumor de esta paciente, se realizó postmortem, ya que la paciente falleció por otras complicaciones clínicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdés Martín A, Reyes Pérez AM. Disfunción ventricular izquierda en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Cor-Salud*. Abr-Jun 2013;5(2):189-97.

2. Jellis C, Doyle J, Sutherland T, Gutman J, Macisaac A. Cardiac epithelioid leiomyosarcoma and the role of cardiac imaging in the differentiation of intracardiac masses. *Clin Cardiol*. 2010 Jun;33(6):E6-9.

3. Boccarda F. Cardiovascular complications and atherosclerotic manifestations in the HIV-infected population: type, incidence and associated risk factors. *AIDS*. 2008 Sep;22

Suppl 3:S19-26.

4. Valcour V, Paul R, Chiao E, Wendelken LA, Miller B. Screening for Cognitive Impairment in Human Immunodeficiency Virus. *Clin Infect Dis*. 2011;53(8):836-42.

5. Quesada López F de, González Anca Á, Rodríguez Huguet M. Mixoma auricular izquierdo: presentación de dos casos. *Arch Méd Camagüey* [Internet]. Sep-Oct 2011 [citado 12 Abr 2016];15(5):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211122212012>

6. Gómez Padrón MV, Gómez Padrón EI. Alteraciones cardiovasculares en pacientes con infección por VIH. *Rev cubana med*. 30 Jul-Sep 2010;49(3):268-274.

7. McManus B. Primary tumors of the heart. In: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, editors. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011. p. 203-68.

8. Simioni S, Cavassini M, Annoni JM, Rimbault Abraham A, Bourquin I, Schiffer V, et al. Cognitive dysfunction in HIV patients despite long-standing suppression of viremia. *AIDS*. 2010 Jun;24:1243-50.

9. Torre Navarro LM de la, Domínguez Gómez J. Sarcoma de Kaposi. Una revisión. *Rev haban cienc méd* [Internet]. Nov 2010 [citado 12 Abr 2015];9(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2010000400012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000400012&lng=es)

10. Estévez Álvarez N, Rodríguez Rodríguez V, Paredes Cordero Á, Mojena-Morfa G, Pérez López H, Taín Blázquez J, et al. Tumores cardíacos primarios. Generalidades y particularidades clínicas. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardio* [Internet]. 2014 [citado 12 Abr 2015];9(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/539>

11. Mcmanus B. Tumores cardíacos primarios.

- En: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, Braunwald E, editores. Braunwald Tratado de Cardiología. 9a ed. España: Elsevier; 2013. p. 1660-1672.
12. Díaz Garriga RE, Martínez González LR, Pérez Rodríguez D, Pérez C. Tumores cardíacos primarios. Rev Ciencias Médicas [Internet]. Oct 2013 [citado 8 Jun 2015];17(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000500019&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500019&lng=es)
13. Bazzini D, Pennington J, Mejia V. Factores de Riesgo para enfermedad cardiovascular en el paciente con infección por VIH en Guatemala. Rev Guatem Cardiol. Mar 2014;24(Sup 1):S19-S24.
14. Yovanovich SJ. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Compromiso del corazón y de los vasos. Rev Med Clin Condes. 2015;26(2):234-40.
15. Villar Inclán A, Guevara González L, Abizeck MN, Chil Díaz R, Chaos Gonzalez N. Mixomas cardíacos: análisis estadístico de 20 años. Rev Cubana Cir [Internet]. Dic 2009 [citado 30 Jun 2013];48(4):[aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932009000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000400002&lng=es)
16. Sharma A, Tilak TV, Lodha R, Sharma MC, Dabkara D. Long-term survivor of human immunodeficiency virus-associated plasmablastic lymphoma. Indian J Med Paediatr Oncol. 2013 Apr;34(2):96-8.
17. Características clínicas, pronóstico vital y funcional de los pacientes supervivientes a una muerte súbita extrahospitalaria ingresados en cinco unidades de cuidados intensivos cardiológicos. Rev Esp Cardiol. Agosto 2013 Ago;66(2):623-8.
18. Castro Ferman VM, Clements CC, Murphy SN, Gainer VS, Fava M, Weilburg JB, et al. QT interval and antidepressant use: A cross sectional study of electronic health records. BMJ. 2013 Jul;29(1):346.
- 19-Ramírez JD, Patino Giraldo S, Arango M. Linfoma primario del corazón, causa poco común de síndrome de falla cardíaca. Rev Colomb Cardiol. 19 Dic 2015;158:1-5.
20. Campo Prieto A, Amat Santos IJ, Zatarain Nicolas E. Left atrial myxoma embolizing in the left appendage. Med Intensiva. 2012 Dec;36(9):666.
21. Kertes P, Westlake G, Luxton M. Multiple peripheral emboli after cardiac trauma. Br Heart J. 1983 Feb;49(2):187-9.
22. Ramírez Moreno A, Anguita Sánchez M, Castillo Domínguez JC, Siles Rubio JR, Franco Zapata M, Casares Mediavilla J, et al. Rev Esp Cardiol. 1998 Sep;51(9):763-5.
23. Fernández Rostello E, Marticani M. Mixoma en tracto de salida del ventrículo izquierdo. An pediatr. Jan 2001;55(1):80-2.
24. Antune Salgado A, Sousa Segregio Reis CA de, Lemus Silva V de, Bueno Castier M. Papel da Ecocardiografia na Avaliação dos Tumores Cardíacos e de Massas Cardíacas não Infecciosas. Rev bras cardiol. May-Jun 2012;25(3):230-40.
25. Díaz R, Aránguiz E. Mixoma ventricular izquierdo asintomático diagnosticado circunstancialmente por ecocardiografía. Rev méd Chile [Internet]. Dic 2013 [citado 14 Mar 2016];141(12):[aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872013001200015&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001200015&lng=es)

Recibido: 6 de febrero de 2016

Aprobado: 13 de mayo de 2016

Dr. Rolando Castellanos Rojas. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Cardiología. Hospital General José Macamo. Maputo, Mozambique. Email: rolandocatellanos@yahoo.es