

Presentación de caso

Mixoma Auricular. Presentación de caso.

Atrial myxoma. A case report

**Dr. José M. Carles Zerquera¹, Dr. José I. Ramírez García², Dr. Eduardo B. Hernández Ortiz³,
Dr. Mario Triana Estrada⁴, Dra. Sorahy Santander García⁵, Dra. Marilyn Pomo González⁶**

1. Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er grado en Medicina Interna y Cardiología. Profesor Asistente.
3. Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.
4. Especialista de 1er grado en MGI. Profesor Instructor.
5. Especialista de 1er grado en MGI.
6. Especialista de 1er grado en MGI. Profesor Asistente.

RESUMEN

Los tumores cardíacos primarios son muy poco frecuentes, presentando en las autopsias una prevalencia < 1.2000, los tumores secundarios tienen una prevalencia 30 – 40 veces superior. Sus síntomas y signos son muy variados, simulando otras cardiopatías y enfermedades. Sin tratamiento pueden poner en peligro la vida del paciente. Se presenta un caso con síntomas de disnea, fiebre, palpitaciones, soplos cardíacos, anemia, velocidad de sedimentación globular acelerada, con ecocardiografía y coronariografía, se confirma el diagnóstico de un mixoma auricular, evolución favorable con el tratamiento quirúrgico.

DeCS: MIXOMA / cirugía.

ABSTRACT

Primary heart tumors are very not very common. They show in autopsies a prevalence of <1.2000. Secondary tumors have a prevalence 30 - 40 times higher. Their symptoms and signs are very varied, simulating other cardiopathies and diseases. When untreated they can jeopardize a patient's life. A case is presented with symptoms of dispnea, fever, palpitations, heart murmurs, anemia, high erythro sedimentation rate. With echocardiography and coronariography, the diagnosis of an auricular mixoma is confirmed There is a favorable evolution with the surgical treatment.

MeSH: MYXOMA / surgery.

INTRODUCCIÓN

El Mixoma Auricular es el tumor intracavitario más frecuente, comprende el 50 % de los tumores cardíacos que ocurren fundamentalmente entre la tercera y sexta década de la vida. El 75,5 % se localiza en la aurícula izquierda. Deparan una gran variedad de cuadros clínicos, sin embargo, se observan tres síndromes fundamentales:

1. Fenómenos embólicos. La embolización de partículas del tumor o material trombótico que contienen células tumorales ocurre en un 30-45 % de los casos, provocando isquemia cerebral. La formación de aneurismas intracraneales con hemorragia cerebral por ruptura de los mismos y las metástasis cerebrales son episodios menos comunes.
2. Obstrucción del flujo sanguíneo. Síncope, manifestaciones de insuficiencia cardíaca, isquemia miocárdica.
3. Síntomas generales.

Entre los síntomas generales que lo acompañan está la fiebre, pérdida de peso, dedos en palillo de tambor, fenómeno de raynaud y alteraciones en exámenes de laboratorio, como velocidad de sedimentación globular elevada, recuento de leucocitos elevado, proteína C reactiva positiva, proteínas séricas anómalas (en general hipergammaglobulinemia)

Estos síntomas pueden simular endocarditis bacteriana, enfermedad del colágeno, neoplasia maligna oculta.

El diagnóstico se establece por los síntomas, ecocardiografía, en muchos lugares se emplea el ecocardiograma transesofágico, cateterismo cardíaco y biopsia endomiocárdica.

Generalmente se obtiene la curación mediante la extirpación quirúrgica. Se requiere seguimiento médico periódico por el riesgo de recidiva.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 59 años de edad, diabética, hipertensa, que comienza con una sintomatología dada por disnea a grandes esfuerzos, que poco a poco se hizo progresiva a pequeños esfuerzos, palpitaciones, edemas en miembros inferiores, pérdida de peso importante, fatiga, fiebre de 38 grados centígrados vespertina y nocturna, tos seca.

Examen Físico:

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular disminuido globalmente con estertores crepitantes en ambas bases pulmonares. FR 34 x min.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos de buen tono, Taquicárdicos, Soplo Sistólico IV/ VI en foco mitral, que irradia a la axila. FC 100 x min.

Abdomen: Hepatomegalia de 5 cm. dolorosa.

Palidez cutánea.

TCS infiltrado en miembros inferiores que alcanza hasta la rodilla, deja godet

El cuadro se interpreta como una insuficiencia cardíaca con sepsis respiratoria y se inicia tratamiento con diuréticos, IECA, antibióticos del grupo de las cefalosporinas vía oral.

La paciente tiene escasa mejoría, persistía la fiebre y la dificultad respiratoria. Se deciden realizar complementarios que incluyeron:

Hb 10 g/l

Ltos 14.8×10^9 seg. 0,70 Linf. 0,30

Velocidad de sedimentación globular 95 mm/ h

Glucemia 13,2 mmol/l

Creatinina 108 mmol/l

Urocultivo sin crecimiento bacteriano.

Rx de Tórax AP: Aumento del área cardíaca a predominio del ventrículo izquierdo, congestión pulmonar hacia ambas bases.

ECG: Taquicardia sinusal, signos de sobrecarga e hipertrofia ventricular. Extrasístoles ventriculares aisladas.

Con esta sintomatología se piensa en la posibilidad diagnóstica de una endocarditis infecciosa, se toman muestras para Hemocultivos (4) sin obtener crecimiento bacteriano.

Se realiza un ecocardiograma para valorar vegetaciones valvulares, se observa una imagen tumoral intraauricular que se mueve como el péndulo de un reloj.

Se remite al Cardiocentro de Villa Clara donde se le realiza además una coronariografía (figura 1) que confirma un mixoma auricular.

La paciente llevó tratamiento quirúrgico con una evolución satisfactoria. Las manifestaciones de insuficiencia cardíaca se estabilizaron, la hemoglobina y la velocidad de sedimentación globular se normalizaron.

Diagnóstico definitivo: **Mixoma auricular.**

CONCLUSIONES

El reporte de este caso, un mixoma auricular, de escasa frecuencia de presentación en la práctica clínica diaria, muestra la necesidad de vigilancia ante pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria a tratamiento, fiebre prolongada, soplos, fenómenos embólicos, dado que su diagnóstico puede ser excluido, especialmente cuando los síntomas son sugestivos de enfermedades sistémicas. Existe buen pronóstico del paciente con la cirugía. Son recidivantes en muchos casos, por lo que deben tener seguimiento médico periódico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)* 2001; 80(3):159-72.

2 - Mendoza CE, Rosado MF, Bernal L. The role of interleukin 6 in cases of cardiac myxoma. Clinical features, immunologic abnormalities, and a possible role in recurrence. *Tex Heart Inst J* 2004; 28(1):3-7.

3 - Bienfait HP, Moll LC. Fatal cerebral embolism in a young patient with an occult left atrial myxoma. *Clin Neurol Neurosurg* 2001; 103(1):37-8.

4 - Adams WM, Laitt RD, Jackson A. The role of MR angiography in the pre-treatment assessment of intracranial aneurysms: a comparative study. *Am J Neuroradiol* 2003; 21(9):1618-28.

5 -Chockalingam A, Jaganathan V, Gnanavelu G, Dorairajan S. Severe left ventricular dysfunction in left atrial myxoma. *Angiology* 2006; 57(1):119-122.

6 -Balami S, Jones W, Alp N, Dwight J, Casser C, Martin A, Winter L. Atrial myxoma presenting as transient ischemic attack and acute coronary syndrome in an octogenarian. *Age Ageing*, November 1, 2006; 35(6): 644 - 644.

7- Kilani R, Toye L, Bird C. Central and peripheral fusiform aneurysms six years after left atrial myxoma resection. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74(2):277- 282.

8- Sabin J, Lozano M, Garriga J. Transient ischemic attack: a common initial manifestation of cardiac myxomas. *Eur Neurol* 2004; 45: 165 - 170.

9 - Hwang J, Connelly M, Lev H. Distinctive MR imaging appearance of hemorrhagic cerebral aneurysms associated with atrial myxoma. *AJR Am J Roentgenol* 2001; 177: 925 – 927.

10- Herbs M, Wattjes P, Hutter C, Becker D, Klockgether T. Cerebral Embolism from left atrial myxoma. Leading to cerebral and retinal aneurysms: A case report. *American Journal of Neuroradiology* 2005; 26: 666 – 669.

11- Walker MT, Kilani RK, Toye LR, Bird CR. Central and peripheral fusiform aneurysms six years after left atrial myxoma resection. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74:277–282.

12- Karlof S, Salzberg A, Anyanwu B, Steinbock L, Filsoufi F. How Fast Does an atrial myxoma Grow? *Ann. Thorac. Surg.*, October 1, 2006; 82(4): 1510 - 1512.

13- Sadeghi N, Sadeghi S, Karimi A. Mitral valve recurrence of a left atrial myxoma. A case report. *Eur. J Cardiothoracic Surg* 2002; 21:568-573.

14- Basson CT, Aretz HT. Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinic pathological exercises. Case 11-2002. A 27-year-old woman with two intracardiac masses and a history of endocrinopathy. *N Engl J Med* 2002; 346(15):1152-58.

ANEXOS



Img 1. Coronariografía donde se muestra imagen del mixoma auricular.