

## **TÍTULO** MIXOMA AURICULAR. PRESENTACIÓN DE CASO. EXPERIENCIA DE LA MISIÓN MÉDICA EN ERITREA. 2014

### **Autores:**

Dr. Carlos Alberto Rodríguez Ardines <sup>1</sup> , Dra. Susana Suárez Tamayo.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Msc. Medicina Bioenergética y Natural en APS. Profesor Asistente. Polclínico Docente "Reina". Centro Habana .Habana. Cuba.

e-mail: carlosrod@infomed.sld.cu

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Centro Habana .Habana. Cuba.

### **RESUMEN**

Introducción: los tumores cardíacos primarios son poco frecuentes en todas las edades, se reporta una incidencia en la población general del 0.002 %, muchos de ellos son hallazgos del estudio post mortem. Objetivo: describir las principales características clínicas y la evolución de un caso de Mixoma auricular izquierdo, en el país de Eritrea durante año 2014. Material y método: Estudio descriptivo de caso, se utilizó como técnica para la obtención de la información la revisión de la historia clínica del paciente así como una amplia revisión bibliográfica. Resultados: se describe un caso al que se le diagnosticó tumor cardíaco primario por ecocardiografía bidimensional, único, mixoma y de localización en aurícula izquierda. Los síntomas generales fueron la primera manifestación clínica de la enfermedad. Se realizó tratamiento quirúrgico con resección completa del tumor, con buena evolución del caso. Conclusiones: La detección de masas intracardíacas requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. La supervivencia de este paciente demostró el aporte al sistema de salud de Eritrea de la Colaboración Médica Cubana.

**Palabras claves:** MIXOMA/cirugía; CARDIOGRAFÍA; ESTUDIOS DE CASOS; NEOPLASIAS CARDIACAS.

## **INTRODUCCIÓN:**

Los tumores cardíacos pueden ser divididos en primarios, o sea lesiones derivadas directamente de los tejidos cardíacos, demostrados como un crecimiento anormal de tejido, y secundarios <sup>1,2</sup>, o sea originados en tejidos fuera del corazón, desde donde llegan por contigüidad o por otras vías, como la sanguínea o la linfática. Los tumores cardíacos primarios representan sólo el 5% de todos los tumores cardíacos y el mixoma es el más común de tumor cardíaco primario en adultos; el restante 95% corresponde a tumores secundarios o metastáticos <sup>3,4</sup>. Los tumores más frecuentes en los niños son los rabdomiomas y en un gran porcentaje de casos aparecen asociados con la esclerosis tuberosa. Los tumores malignos primarios son extremadamente poco frecuentes. Ramnarine y colaboradores <sup>5</sup> describieron recientemente un carcinosarcoma de rápida y agresiva evolución. En general se presentan en cavidades derechas, infiltran extensamente el corazón, lo que hace dificultosa su refección, y el tiempo entre el diagnóstico y el deceso del paciente es muy breve.

La incidencia de tumores cardíacos ha ido en aumento en las últimas décadas debido a los avances en la Especialidad de Imagenología del corazón, especialmente en la ecocardiografía como herramienta diagnóstica fundamental. <sup>6,7</sup>

Los tumores primarios benignos son más frecuentes que los malignos; no obstante, los benignos pueden evolucionar muy desfavorablemente por los múltiples efectos hemodinámicos que pueden presentar. <sup>8,9</sup> La mitad de los tumores benignos son mixomas y la mayoría del resto son lipomas, fibroelastomas papilares y rabdomiomas; <sup>10</sup> son más frecuentes en mujeres, ocurren fundamentalmente entre la tercera y la sexta décadas de la vida y en cuanto a la localización, el 75% se implantan en la aurícula izquierda y del 15 al 20% en la aurícula derecha, con base preferentemente en la fosa oval, aunque pueden implantarse en la pared posterior de la aurícula <sup>2</sup> izquierda, en su pared anterior y, más raramente, en el ventrículo izquierdo o el derecho (3-4%) <sup>11</sup> las localizaciones múltiples o el implante en válvulas

son muy raras; pueden presentar distintos grados de movilidad, a veces muy amplia, y protruyen en los orificios de las válvulas aurículoventriculares, donde dificultan el llenado diastólico; su origen se relaciona, probablemente, con células mesenquimatosas progenitoras de cardiomiocitos.<sup>12,13</sup>

La presentación clínica se caracteriza por la obstrucción de la válvula mitral, las embolias y los síntomas constitucionales, además de fiebre, anemia o velocidad de sedimentación globular elevada; sin embargo, la infección de estos tumores es infrecuente.<sup>14</sup> El diagnóstico diferencial es difícil, especialmente con el mixoma no infectado y con la endocarditis mural.<sup>15,16</sup>

Deparan una gran variedad de cuadros clínicos, aunque se observan tres síndromes fundamentales:

- ☐ Fenómenos embólicos.
- ☐ Obstrucción del flujo sanguíneo, síncope, manifestaciones de Insuficiencia cardíaca e isquemia miocárdica.
- ☐ Síntomas generales

Entre los síntomas generales que lo acompañan están la fiebre,<sup>6,16</sup> la pérdida de peso, los dedos en palillo de tambor, el fenómeno de Raynaud y las alteraciones en exámenes de laboratorio como la velocidad de sedimentación globular elevada, el recuento de leucocitos elevado, la proteína C reactiva positiva y las proteínas séricas anómalas; estos síntomas pueden simular endocarditis bacteriana, enfermedad del colágeno y neoplasia maligna oculta. El diagnóstico se establece por los síntomas, la ecocardiografía; en muchos lugares se emplea el ecocardiograma transesofágico; el cateterismo cardíaco y la biopsia endomiocárdica; generalmente se obtiene la curación mediante la extirpación quirúrgica. Se requiere seguimiento médico periódico por el riesgo de recidiva.

## **OBJETIVOS:**

Describir las principales características clínicas y la evolución de un caso de Mixoma auricular izquierdo. Eritrea.2014

## **MATERIALES Y MÉTODOS.**

Se realizó un estudio descriptivo de caso clínico.

Como método de obtención de la información se utilizó la observación indirecta y la Revisión bibliográfica sobre el fenómeno de interés.

Las fuentes fueron la historia clínica individual del paciente y la literatura sobre el tema.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:**

Se trata de un paciente masculino de la raza negra de 42 años de edad que acude por primera vez a la consulta de cardiología luego de haber presentado con tres meses de antelación falta de aire inicialmente a los mayores esfuerzos, fatiga fácil y palpitaciones, cuadro que empeoró progresivamente hasta llegarle a impedir las actividades cotidianas e incluso el sueño por la aparición de disnea nocturna y ya incluso episodios breves y espontáneos de pérdida del conocimiento, al examen físico cardiovascular se encontró taquicardia sinusal, un primer ruido cardíaco acentuado, chasquido de apertura de la válvula mitral y un soplo holodiastólico en apex pero nos llamó la atención que se modificaba con los cambios de posición del paciente, frecuencia cardíaca en 112 latidos por minutos y presión arterial en 100/60 mmHg, inmediatamente se le realizó electrocardiografía, que solo constató la taquicardia sinusal, radiografía de tórax que no reveló hallazgos importantes y una ecocardiografía bidimensional que mostró una masa tumoral hiperdensa de 3 a 5 cm en la pared libre de la aurícula izquierda ( figura 1 ) que protruye al ventrículo izquierdo durante la diástole ( figura 2 ), ante la sospecha clínica de un mixoma auricular izquierdo y la imposibilidad de realizar tratamiento quirúrgico en Eritrea, única posibilidad terapéutica en estos casos, se coordinó su traslado a Sudan del Sur, donde se intervino quirúrgicamente, se le realizó la toma de muestra para biopsia, corroborándose histológicamente el diagnóstico clínico y se realizó exéresis tumoral con una exitosa evolución clínica y un completo restablecimiento de la función cardíaca.

El mixoma auricular es de escasa frecuencia de presentación en la práctica clínica diaria y es muestra de la necesidad de vigilancia ante pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria a tratamiento, fiebre prolongada, soplos y fenómenos embólicos pues su diagnóstico puede ser excluido, especialmente cuando los síntomas son sugestivos de enfermedades sistémicas.

Los tumores primarios del corazón son poco frecuentes. Diferentes estudios demuestran que, en necropsias de poblaciones no seleccionadas, la incidencia varía entre un 0,0017 y un 0,19 %. También se ha consignado que tres cuartas partes de los tumores del corazón son benignos, y que aproximadamente la mitad de ellos son mixomas; la otra mitad corresponde a lipomas, rabdomiomas, fibroelastomas y otras variedades más raras. Resultados similares se presentaron en el estudio, donde los dos casos eran portadores de mixomas.<sup>17</sup>

La mayoría se desarrollan en la aurícula izquierda, le sigue en orden de frecuencia la aurícula derecha y en tercer lugar los ventrículos.<sup>17</sup>

Las formas de presentación clínica de los tumores, y en particular de los mixomas, son diversas y dependen básicamente del tamaño y de la localización del tumor. Las manifestaciones usuales son los síntomas generales, así como los derivados de los fenómenos embólicos y de la obstrucción al flujo sanguíneo intracardíaco.<sup>17</sup>

El tamaño y la localización de los mixomas determinan las manifestaciones clínicas de obstrucción al flujo sanguíneo intracardíaco, con la simulación de valvulopatías de diverso tipo, en especial estenosis mitral. El tamaño del tumor y también las distintas posiciones del cuerpo pueden determinar la gravedad de la obstrucción valvular. Los síntomas varían desde la disnea por insuficiencia cardíaca o el síncope, hasta la muerte súbita por obstrucción completa.<sup>18</sup>

La ecocardiografía transtorácica y la transesofágica tienen indicación para analizar el sitio de implante y descartar implantes secundarios y permiten

detectar la heterogeneidad en su estructura por calcificación, comportamiento quístico o presencia de focos necróticos.<sup>19,20</sup>

Dentro del diagnóstico diferencial deben tenerse en cuenta las vegetaciones y los trombos. El pronóstico del paciente con la intervención quirúrgica es bueno, pero como pueden ser recidivantes en muchos casos, deben tener seguimiento médico periódico.

Gracias a la colaboración médica cubana se realizó un diagnóstico y tratamiento oportuno, evitando el fallecimiento del paciente, comportamiento habitual en Eritrea por falta de asistencia médica. Contribuyendo así a mejorar la expectativa y calidad de vida en el continente africano.

## **CONCLUSIONES:**

La detección de masas intracardíacas requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. La ecocardiografía bidimensional constituye una herramienta de indudable valor en el diagnóstico y posterior seguimiento de los casos. Predominaron en este paciente los síntomas generales, así como dentro de los tumores el mixoma y la localización en aurícula izquierda. Se realizó tratamiento quirúrgico sin evidencia ecocardiográfica de recidiva, con buena evolución por lo que se concluye que el tratamiento quirúrgico aplicado es curativo en el mixoma.

**ANEXOS:**

Figura1



Figura 2





## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

1. Giuliani ER, Gersh BJ, Mac Goon MD y col: Mayo Clinic Practice of Cardiology (3rd ed). Mayo Clinic Foundation 1996.
2. Straus R, Merliss R: Primary tumors of the heart. Arch Pathol 1945; 39: 74.
3. Shibata T, Suehiro S, Hattori K y col: Metastatic synovial sarcoma of the left ventricle. Jpn Heart J 2001; 42: 387-391.
4. Sugiyama K, Okubo T, Kamigaki Y y col: Cardiac metastatic liposarcoma. Jpn J Thorac Cardiovasc Surg 2000; 48: 663 -665.
5. Ramnarine IR, Davidson L, van Doorn CA: Primary cardiac carcinosarcoma: a rare, aggressive tumor. Ann Thorac Surg 2001; 72.
6. Shapiro LM. Cardiac tumours: diagnosis and management. Heart. 2001;85:218-22.
7. Vargas-Barrón J, Romero-Cárdenas A, Villegas M, Keirns C, Gómez-Jaume A, Delong R, et al. Transthoracic and transesophageal echocardiographic diagnosis of myxomas in the four patients. Rev Esp Cardiol. 2008;61(11):1205-9.
8. Atalay MK, Taner AT. Gradual enhancement of a large left atrial papillary fibroelastoma on cardiac magnetic resonance. Tex Heart Inst J. 2010; 37:612.

9. Domínguez Pérez L, Fernández Elías E, Arias MA. Fatal Presentation of a Cardiac Myxoma. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(6):578-80.
10. Elbardissi AW, Dearani JA, Daly RC, Mullany CJ, Orszulak TA, Puga FJ, et-al. Survival after resection of primary cardiac tumors: a 48-year experience. *Circulation*. 2008;118:S7-S15.
11. Maraj S, Pressman GS, Figueredo VM. Primary cardiac tumors. *Int J Cardiol*. 2009;133:152-6.
12. Yater WM. Tumors of the heart and pericardium: pathology, symptomatology and report of nine cases. *Arch Intern Med*. 1931;48(4):627-66.
13. Markel ML, Waller BF, Armstrong WF. Cardiac myxoma. A review. *Medicine (Baltimore)*. 1987;66:114-25.
14. Acebo E, Val-Bernal F, Gómez-Román JJ, Revuelta M. Clinicopathologic study and DNA analysis of 37 cardiac myxomas. A 28-year experience. *Chest*. 2003 May;123(5):1379-85.
15. Chockalingam A, Jaganathan V, Gnanavelu G, Dorairajan S. Severe left ventricular dysfunction in left atrial mixoma. *Angiology*. 2006;57(1):119-22.
16. Mixoma auricular izquierdo gigante asociado a síndrome febril prolongado Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro". MSc. Dr. Humberto Luis Ramos González , MSc. Dra. Virginia Concepción González . Dr. Damián Perez Cabrera
17. Villalpando Mendoza E, Pérez Pérez F, Cortes Flores A, Velazquez Ramirez G. Frequency of the Heart tumors and their histopathological correlation. *Cir Cardiov*. 2006; 74(3):183-7.
18. Gil Oliveira R, Branco L, Díaz L, Timoteo A, Patricio L. Mitral valve myxoma: an unusual entity. *Eur J Echocardiography*. 2008; 9:181-3.
17. Dr. Fernando de Quesada López; Dr. Ángel González Anca; Dra. Marllelis Rodríguez Huguet. Mixoma auricular izquierdo: presentación de dos casos. *AMC Camagüey* 2011;15(5).
18. Castellanos Tardo J, De la Torre Fonseca CA, Machín Rodríguez JC, Torralbas Reverón F, Ávalos Carrazana G Aspectos clínicos de los mixomas cardíacos. Primera serie de la región oriental de Cuba *MEDISAN*, 2010; 14(8).

