

**Medicentro 1998, 2(n.esp.)****HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE REMEDIOS  
VILLA CLARA****CARTA AL EDITOR****MIXOMA AURICULAR. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE**

Por:

Dr. Francisco Hurtado García<sup>1</sup>, Dr. Angel Antonio Urbay Ruiz<sup>2</sup>, Dr. Reinaldo Díaz Sosa<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Municipal Docente de Remedios. VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Intensivista. Asistente. Hospital Municipal Docente de Remedios. VC.
3. Especialista de I Grado en Cardiología. Hospital Municipal Docente de Remedios. VC.

**Señor Editor:**

Sin dudas, los tumores cardíacos son lesiones raras, y en la población general se calcula su incidencia entre 0,0017 – 0,28 %, aproximadamente<sup>1,2</sup>. Se afirma que se producen siembras metastásicas en el órgano en el 2-20 % de los individuos afectados por enfermedad maligna. Se conoce que éstos son verdaderos procesos neoplásicos, aunque de origen controvertido<sup>3</sup>, y sobre la base de los conocimientos actuales, mediante diferentes marcadores neuroendocrinos y neuronales, se ha planteado que el origen de estos mixomas es de tipo neuronal, con expresión indiferente<sup>4,5</sup>.

Estos tumores nacen del endocardio interauricular, y crecen hacia el interior de la cavidad a través de un pedúnculo; es conocida la capacidad de los mismos para producir diferentes sustancias, como citoquinas y péptido vasointestinal, responsables de muchas de sus manifestaciones.

Con la aparición de la ecocardiografía en 1969, se inicia la era de la detección precoz de los tumores cardíacos y su tratamiento quirúrgico. En un estudio realizado por Mügge y col<sup>6</sup> en 32 individuos con masas cardíacas, se comprobó que la sensibilidad de la ecocardiografía transtorácica es igual a la de la ecocardiografía endoesofágica, salvo para neoplasias de la región paracardíaca derecha, donde hasta el 36 % de los pacientes puede pasar inadvertido por la ecocardiografía transtorácica.

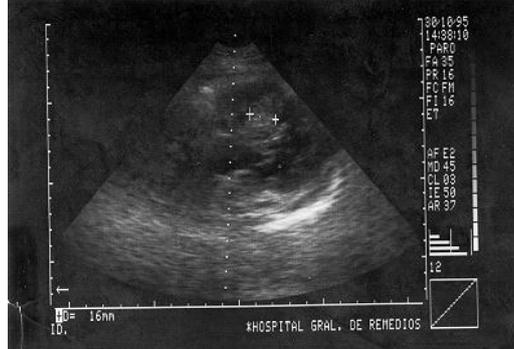
Presentamos a la paciente AMFR de 56 años, de la localidad remediana, la cual es ingresada en el Hospital de Remedios, en el Servicio de Medicina, por hipertensión arterial severa, edemas en miembros inferiores, disnea creciente a mínimos esfuerzos. Al examen físico se comprobó presencia de soplo holosistólico, mejor audible en borde esternal izquierdo, con arrastre diastólico en la punta.

Se realizaron diversos estudios, cuyos resultados fueron: Rx de tórax (AP): Índice cardiotorácico normal; no se encontraron lesiones pleuropulmonares; ultrasonido abdominal: Hígado que rebasa 3-4 cm del reborde costal inferior derecho, con aumento de su ecogenicidad en relación con hígado de éstasis, área pancreática y bazo normales; no ascitis;

TGP: 23,9 U; bilirrubina total: 2,9; directa: 1,8; indirecta: 1,1; Hb: 14,2 g%; eritrosedimentación: 43 mm/h.

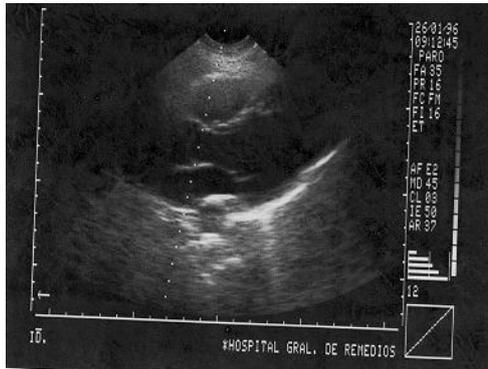
Electrocardiograma: Ritmo sinusal, microvoltaje, eje eléctrico en + 90°, signos de sobrecarga sistólica del ventrículo derecho.

Ecocardiografía transtorácica (Figura 1): Derrame pericárdico ligero anterior y posterior.

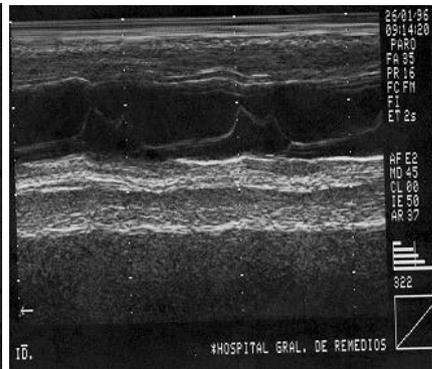


**Figura 1.** Ecocardiografía donde se observa masa intracardiaca en ventrículo derecho que prolapsa a través de la tricúspide.

La paciente fue enviada al Instituto de Cirugía Cardiovascular donde fue intervenida quirúrgicamente, y se corroboró el diagnóstico de mixoma auricular derecho. En la ecocardiografía transtorácica realizada un mes después de operada (Fig 2) se observó: Discreta dilatación de la aurícula derecha y ventrículo derecho, no derrame, no masa intracardiaca. Función sistólica global conservada. En la Fig 3 (Modo M) aparece pseudopatrón de estenosis mitral.



**Figura 2** Ecocardiografía en la que aparece discreta dilatación de aurícula y ventrículo derechos; no derrame, no masa intracardiaca. Función sistólica global conservada.



**Figura 3** Modo M: Pseudopatrón de estenosis mitral.

El 20 de febrero de 1996 se mantiene asintomática y se encuentra integrada a sus labores hogareñas, lo que constituye un ejemplo de la calidad estructural de nuestro sistema de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro Cerdeña E, Consuegra Hermida M, Álvarez Jaile R. Tumor primario del corazón, presentación de un caso. Rev Cienc Med Holguín 1990; 10(2):30-36.
2. Frederick Dressler AL. Ecocardiografía transesofágica. Embolia arterial y sistémica y masas cardíacas, valoración con ecocardiografía transesofágica. Clin Cardiol Norte Am 1993; (3):485-498.

3. Dewald G, Dahl R, Spurbreck C, Gordon J. Chromosomally abnormal clones and nonrandom telemetic translocation in cardiac myxomas. *Mayo Clin Proc* 1987; 62:558-567.
4. Krikler D, Rode J, Davies H, Woolf N, Noss E. Atrial myxoma : a tumour in research of its origins. *Br Heart J* 1992; 67:89-91.
5. Elias B. Origen de los mixomas. *Rev Med (IMSS)* 1994; 32(3):217-218.
6. Mügee A, Daniel WG, Haverich A. Diagnosis of noninfective cardiac mass, lesions by two-dimensional echocardiography: comparison of the transthoracic and transesophageal approaches. *Circulation* 1991; 83:73-78.