

CARDIOCENTRO "ERNESTO CHE GUEVARA"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

MIXOMA GIGANTE DE AURÍCULA IZQUIERDA

Por:

Dr. Luis Monteagudo Lima¹, Dr. Francisco Javier Vázquez Roque² y Dra. Deysi Rivero Valerón³

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna y Terapia Intensiva. Cardiocentro "Ernesto Che Guevara". Instructor. ISCM-VC. e-mail: Montelima2000@yahoo.es
2. Especialista de II Grado en Cirugía Cardiovascular. Máster en Atención Integral al Niño. Cardiocentro "Ernesto Che Guevara". Profesor Titular. ISCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Medicina General Integral y en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño y en Infectología. Hospital Pediátrico "José Luis Miranda". Profesora Auxiliar. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

MIXOMA
NEOPLASMAS CARDIACOS
AURICULA CARDIACA

Subject headings:

MYXOMA
HEART NEOPLASMS
HEART ATRIUM

Los tumores primarios del corazón tienen una incidencia del 0,002 al 0,3 % y son mucho menos frecuentes que los tumores metastásicos de dicho órgano. Pueden clasificarse como intracavitarios o intramiocárdicos, según su crecimiento. Los tumores secundarios son siempre metastásicos. El 75 % de los tumores primarios son benignos y de localización endocavitaria; la mayoría son del tipo mixoma, en adultos, y rabdomioma, en menores de 20 años. Los tumores secundarios metastásicos pueden provenir de neoplasias pulmonares, de mama y melanomas malignos¹⁻⁵. Los mixomas cardíacos constituyen los tumores primarios más frecuentes del corazón en el adulto y representan la modalidad más conocida; se pueden presentar a cualquier edad y en cualquiera de las cámaras cardíacas, pero son más frecuentes en las aurículas⁶. Son masas gelatinosas lobuladas, unidas al endocardio por un pedículo de longitud y ancho variables. Generalmente miden entre 1 y 6 cm y habitualmente se proyectan al interior de la cavidad cardíaca sin infiltrar los tejidos subyacentes. Antes de la práctica de la cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, el diagnóstico correcto de los tumores cardíacos en el paciente vivo era fundamentalmente académico, y no era posible realizar un tratamiento eficaz. El primer diagnóstico *premortem* de un mixoma fue hecho en 1951 mediante la angiocardiografía. Crafoord, en 1954, escindió exitosamente un mixoma de aurícula izquierda usando la circulación extracorpórea e hipotermia. Esto marcó una nueva era en el tratamiento quirúrgico exitoso de los tumores cardíacos^{1,2,7}.

Presentación del paciente

Se trata de una paciente de 41 años de edad, de raza blanca, con antecedentes de salud hasta hace aproximadamente un mes, cuando comenzó a presentar cuadros de neumonía a repetición y derrame pleural, así como disnea a pequeños esfuerzos, anorexia y pérdida de peso.

Al realizar el examen físico a la paciente, se auscultó un soplo sistólico en el ápex grados II-III/VI. El resultado de los exámenes complementarios que se le realizaron fue el siguiente:

Hemograma completo: Hb: 112 g/l; leucocitos: 11,5 x 10⁹; polimorfonucleares: 0,62 linfocitos: 0,38.

Glicemia: 4,4 mmol/l

Coagulograma: Tiempo de coagulación: 8 min; tiempo de sangramiento: 2 min; plaquetas: 160 000; tiempo de protombina: control 14 y paciente 16; INR: 1,37; grupo RH: O+.

Rayos X de tórax: Se observan signos de congestión pulmonar con rectificación del arco aórtico y crecimiento de aurícula izquierda.

Ecocardiograma: Ventriculo izquierdo (VI): 54/44. Tabique interventricular (TIV): 12; pared posterior del ventriculo izquierdo (PpVI): 10; aurícula izquierda (AI): 43; aorta (Ao): 25; fracción de eyección del VI (FEVI): 39% (Teicho), 47% (Simpson); válvula mitral: ORE 0,24 cm; Gp: 39; R 0,7; alias: 38; Dp/Dt VI 1499 mmHg/s; tiempo de aceleración pulmonar: 78 ms; válvula tricúspide: gradiente de regurgitación tricuspídea: 64 mmHg; Dp/Dt ventriculo derecho (VD): 500 mmHg; tumor en aurícula izquierda (AI): 46 x 42 mm (19 cm).

Ligera dilatación del VI con función sistólica global ligeramente deprimida, ligera hipocinesia generalizada de este, ligera hipertrofia y dilatación del VD, dilatación de la aurícula derecha (AD).

Existe gran tumoración en aurícula izquierda, de 46 x 42 mm, adosada al tabique interventricular que ocupa más del 50% de la cavidad auricular; coexiste con una insuficiencia de la válvula mitral grado I-II. Existe insuficiencia de la válvula tricúspide grado II-III, con hipertensión pulmonar severa.

Diagnóstico presuntivo: Mixoma de aurícula izquierda.

El diagnóstico se realizó mediante ecocardiografía; la paciente padecía de un mixoma de aurícula izquierda de gran tamaño, si tenemos en cuenta sus más de 6 cm, que ocupaba casi la totalidad de la aurícula izquierda (Fig 1), y se proyectó al interior del ventriculo izquierdo durante la diástole. Esto motivó la evolución clínica, que estuvo matizada por episodios de disnea con congestión pulmonar. Se decidió practicar intervención quirúrgica a la paciente en el servicio de Cirugía Cardiovascular del Cardiocentro "Ernesto Che Guevara" de Santa Clara, Villa Clara, el 25 de enero de 2007.



Fig 1 Ecocardiograma: Mixoma gigante de aurícula izquierda.

Fue operada con el uso de la circulación extracorpórea e hipotermia ligera y parada cardiopléjica. El acceso al tumor fue a través de la aurícula derecha y del tabique interauricular. Esto permitió resecarlo con su base de implantación (Fig 2), y medía 6,5 cm una vez resecado (Fig 3). Luego el septum interauricular resecado fue reconstruido con parche de pericardio (Fig 4). La salida del paro anóxico fue espontánea, y la de la circulación extracorpórea cardiopulmonar se realizó con apoyo de dobutrex y nitroglicerina a bajas dosis.

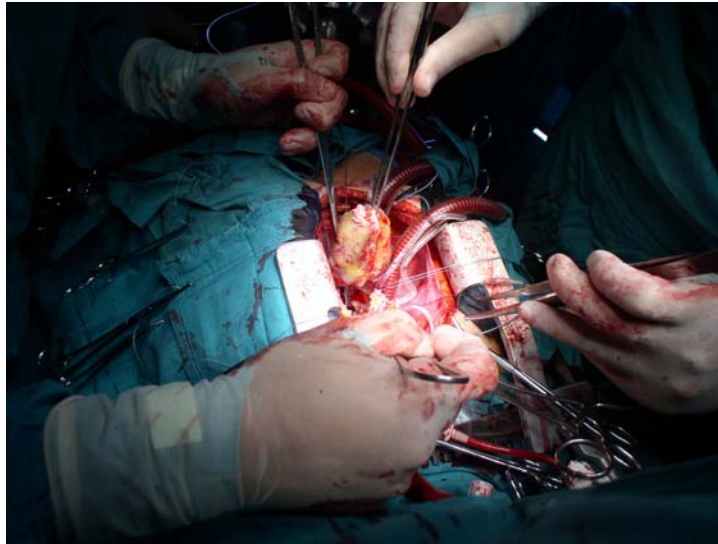


Fig 2 Exéresis de mixoma auricular izquierdo.



Fig 3 Obsérvese el tumor resecado que mide 6,5 cm, procedente de la aurícula izquierda.

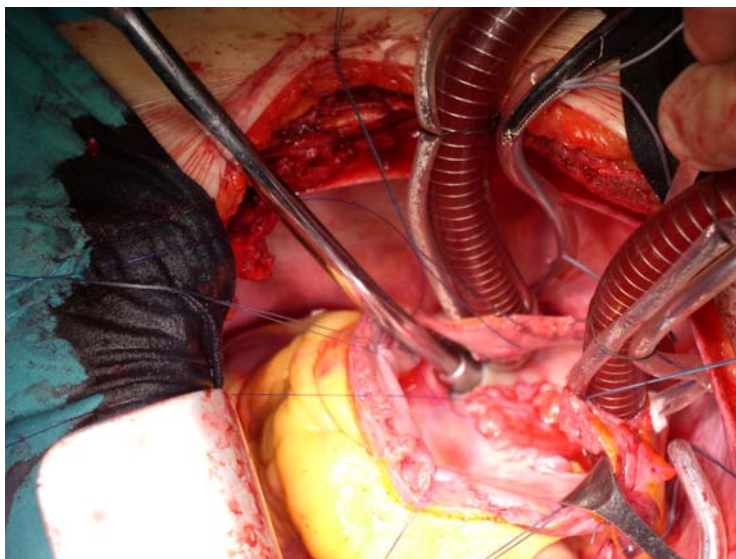


Fig 4 Reconstrucción del septum interauricular con parche de pericardio, después de resecado el tumor.

La evolución postoperatoria fue excelente, y se logró la extubación de la paciente en las primeras ocho horas. Fue dada de alta al séptimo día del postoperatorio sin presentar complicaciones. En el momento actual se encuentra totalmente recuperada.

Comentario

Un aspecto importante para el éxito del tratamiento quirúrgico lo es el diagnóstico preciso de estos tumores, a lo cual han contribuido los importantes avances en las técnicas diagnósticas cardiovasculares, sobre todo la ecocardiografía, la tomografía computadorizada y la resonancia magnética nuclear^{8,9}. Queremos llamar la atención de que la mayoría de los pacientes que padecen de mixomas cardíacos evolucionan de forma asintomática hasta que el tumor alcanza un tamaño considerable, pero una vez hecho el diagnóstico, el tratamiento quirúrgico debe ser inmediato para evitar el desarrollo de complicaciones cardíacas y neurológicas graves, entre las que se encuentra la muerte súbita¹⁰.

Referencias bibliográficas

1. Kirklin WJ. Cardiac tumor. In: Cardiac surgery. 2nd ed. United States of America: Churchill Livingstone; 1993. p. 1635-54.
2. Reardon MJ, Smythe WR. Cardiac neoplasms. In: Cohn LH, Edmunds LH. Cardiac surgery in the adult. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1373-1400.
3. Cubides CA, Salazar G, Muñoz A, Pedraza JR, Hernández E, Martínez J, et al. Tumores cardíacos primarios. Rev Col Cardiol. 2003;10:472-85.
4. Hoffmeier A, Schmid C, Deiters G, Rothenburger DM, Tjan DT, Schmidt C, et al. Scheld. Neoplastic heart disease. The Muenster experience with 108 patients. Thorac Cardiol Surg. 2005;53:1-8.
5. Lee VH, Connolly HM, Brown RD. Central nervous system manifestations of cardiac myxoma. Arch Neurol. 2007 Aug;64(8):1115-20.
6. Uribe CE, Fernández A, Gómez CA. Tumores cardiacos: registro de 15 años de experiencia en la Clínica Cardiovascular Santa María. Rev Col Cardiol. 2005;12:45-7.
7. Bossert T, Gummert JF, Battellini R, Richter M, Barten M, Walther T, et al. Surgical experience with 77 primary cardiac tumours. Interact Cardio Vasc Thorac Surg. 2005;4:311-5.

8. Yu K, Liu Y, Wang H, Hu S, Long C. Epidemiological and pathological characteristics of cardiac tumors: a clinical study of 242 cases. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2007;Oct;6(5):636-9.
9. Rahmanian PB, Castillo JG, Sanz J, Adams DH, Filsoufi F. Cardiac myxoma: preoperative diagnosis using a multimodal imaging approach and surgical outcome in a large contemporary series. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2007 Aug;6(4):479-83.
10. Türkmen N, Eren B, Fedakar R, Comunoglu N. An unusual cause of sudden death: cardiac myxoma. *Adv Ther.* 2007 May;24(3):529-32.

Recibido: 20 de junio de 2008

Aprobado: 22 de julio de 2008