

Mixoma cardíaco gigante como causa de insuficiencia cardíaca aguda. Giant cardiac mixoma as a cause of acute cardiac failure.

Gabriel Pérez,¹ Norberto Blanco,² Marcelo Montero,¹ Carlos Jaramillo,¹ Laura Torres,¹ Xavier Rivadineira,¹ Rocío Montes,¹ Matías Anauati,¹ Carlos Tococcarí¹ Alejandro Borbol² Departamentos de Cardiología⁽¹⁾ y Cirugía Cardiovascular⁽²⁾, Hospital Universitario, Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Gabriel Pérez Baztarrica, gpbaztarrica@yahoo.com

Recibido: 29-10-2019 Aceptado: 18-11-2019

Resumen

Los mixomas son los tumores cardíacos primarios más frecuentes. Los síntomas varían y la presentación clínica suele ser progresiva y está relacionada con el tamaño y la localización del tumor. Nosotros describimos el caso de un paciente que presentó insuficiencia cardíaca severa refractaria al tratamiento médico como manifestación de un mixoma cardíaco gigante y que requirió cirugía de urgencia.

Palabras clave: mixoma cardíaco, insuficiencia cardíaca.

Abstract

Myxomas are the most frequent primary cardiac tumors. The symptoms vary and the clinical presentation is usually progressive and is related to the size and location of the tumor. We describe the case of a patient who presented severe heart failure refractory to medical treatment as a manifestation of a giant cardiac myxoma and that required emergency surgery.

Key words: cardiac myxoma, heart failure.

Introducción

La incidencia de autopsia de la neoplasia cardíaca primaria es extremadamente baja. Los mixomas son los tumores cardíacos primarios más frecuentes, y representan cerca del 75% de todos los tumores cardíacos. Afectan a todos los grupos etarios y a ambos sexos, pero con predominancia en mujeres. Los síntomas varían y la presentación clínica suele ser progresiva y está relacionada con el tamaño y la localización del tumor⁽¹⁾. Cuando se encuentra en la aurícula izquierda, además de las manifestaciones clásicas, incluyen trastornos de la conducción y obstrucción valvular generando signos y síntomas de insuficiencia cardíaca. Aquí describimos el caso de un paciente que presentó insuficiencia cardíaca severa refractaria al tratamiento médico como manifestación de un mixoma cardíaco gigante y que requirió cirugía de urgencia.

Caso Clínico

Presentamos a una mujer de 54 años con antecedentes de dislipemia y disnea en clase funcional II de 4 meses de evolución. En el momento de su consulta refirió progresión de su disnea hasta clase funcional IV y ortopnea. En el examen clínico presentó una presión arterial de

100/60 mmHg, pulso de 106 latidos / minuto con ritmo regular, frecuencia respiratoria de 26 / minuto y una saturación de oxígeno de 82% (aire ambiente). La auscultación evidenció un soplo sistólico regurgitativo 2/6, más audible en el ápex e irradiación a la axila izquierda y estertores crepitantes bilaterales hasta vértices. No hubo otros hallazgos patológicos en el examen físico.

Los resultados de laboratorio mostraron leucocitosis y aumento de la

eritrosedimentación. En el electrocardiograma se observó taquicardia sinusal y dilatación de la aurícula izquierda. La ecocardiografía transtorácica reveló una masa sólida, móvil, en la aurícula izquierda, de 6,2 x 4.4 cm y que prolapsaba hacia la válvula mitral en diástole y provocaba una obstrucción intermitente de la misma, originando una estenosis mitral severa (**Figura 1A**).

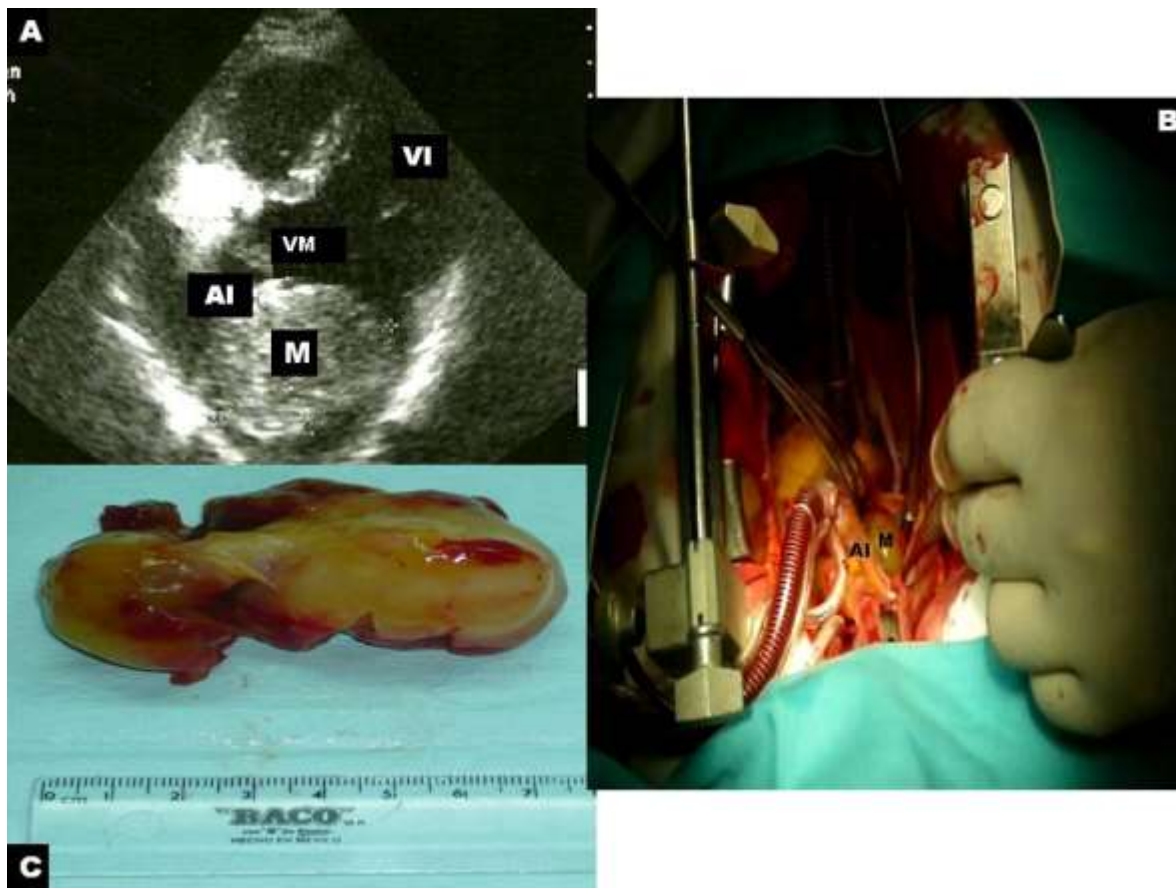


Figura 1: A) Ecocardiograma transtorácico en vista del eje largo paraesternal que muestra una masa sólida móvil en la aurícula izquierda que mide 6,2 x 4.4 cm; **B-C)** Imagen intraoperatoria que muestra un tumor sólido que ocupa toda la aurícula izquierda y que midió 7,5 x 4,1 cm. M: mixoma; VI: ventricular izquierdo; AI: aurícula izquierda.

A pesar del tratamiento médico (diuréticos), la paciente continuó con signos de insuficiencia cardíaca, por lo

que se decidió cirugía cardíaca de urgencia. Se realizó cirugía a través de una esternotomía media, en un bypass

cardiopulmonar con canulación aórtica y de ambas cavas, se ingresó a la aurícula izquierda y se resecó un mixoma de 7,5 x 4,1 cm mediante la resección del pedículo implantado en el techo atrial (**Figura 1B-C**). La masa pesaba 105 g. El examen microscópico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de mixoma.

La paciente no tuvo complicaciones postoperatorias y fue dada de alta con seguimiento por cardiología. Luego de dos años no ha presentado recidivas.

Discusión

El mixoma es el tumor benigno más común del corazón. Su localización más frecuente es a nivel de aurícula izquierda (80%).² La presencia de mixomas grandes es posible porque a menudo permanecen clínicamente silenciosos o solo causan síntomas inespecíficos. En la mayoría de los pacientes hay uno o más signos pertenecientes a la tríada clásica, que incluye manifestaciones obstructivas, embólicas y constitucionales.^(1,2)

La presentación como insuficiencia cardíaca aguda en pacientes con mixoma auricular es poco frecuente. Varios mecanismos patogénicos se han propuesto. En aquellos caso de gran tamaño del tumor, como es el nuestro, se genera un aumento de la presión de la aurícula izquierda, lo que trae como consecuencia el incremento **de la presión en el territorio vascular pulmonar** (venas y territorio capilar pulmonar y, por último, arteria pulmonar y ventrículo derecho). A su vez, el mixoma de la aurícula izquierda puede causar dilatación auricular y anular con insuficiencia mitral debido a la inadecuada coaptación de las valvas valvulares en la sístole o una estenosis mitral funcional por obstrucción del llenado del ventrículo izquierdo durante la fase diastólica.⁽³⁻⁵⁾

En nuestro caso, el mixoma auricular abarcó el 90% de la aurícula izquierda con obstrucción dinámica de la válvula mitral, ocasionando los signos y síntomas compatibles con insuficiencia cardíaca descompensada, que son manifestaciones poco usuales. La ecocardiografía es prueba de elección para definir las características y localización del tumor. El tratamiento de los mixomas cardíacos consiste en la resección quirúrgica. La cirugía debe ser urgente, para mejorar la evolución clínica y evitar complicaciones como los fenómenos embólicos o la muerte súbita.⁽¹⁻⁵⁾ En ocasiones es necesario la intervención quirúrgica de la válvula mitral si existe dilatación del anillo o están afectados los velos o las cuerdas por el tumor.⁶

Bibliografía Bibliography

1. Messina F, Romano P and Croscia S. Atrial myxomas and different clinical presentations. *Int J Cardiol* 2016; 203:1136–7.
2. Keeling I, Oberwalder P, Anelli-Monti M, Schuchlenz H, Demel U, Tilz G, et al. Cardiac myxomas: 24 years of experience in 49 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22:971–7.
3. Hillebrand J, Martens S and Hoffmeier A. [Giant Left Atrial Myxoma: Cause for Position-Dependent Nocturnal Dyspnea and Cardiac Murmur](#). *Thorac Cardiovasc Surg Rep* 2017 ;6(1):e1-e2.
4. Perez Baztarrica G , Salvaggio F and Porcile R . Severe mitral valve stenosis caused by giant left atrial myxoma. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2012, 13(1):71-2.
5. Gallo M, Trivedi J, Protos A and Slaughter M. [Massive left atrial myxoma induced congestive heart failure](#). *J Card Surg* 2017 ;32(7):420-1.
6. Matsushita T, Huynh A, Singh T, Hayes P, Armarego S, Seah P. Mitral valve annular dilatation caused by left atrial myxoma. *Heart Lung Circ* 2009; 18:145-7.