



Presentación de caso

Tumor cardíaco primario: mixoma auricular izquierdo. Un reporte de caso y revisión de la literatura

Primary cardiac tumor: left atrial myxoma. A case report and literature review

Juan Fernando Toledo Martínez,¹⁻² Ramsés Daniel Amaya Handal,¹ Francisco Ramón Somoza Alvarenga,¹

¹ Departamento de Cardiología. Hospital Centro Médico Sampedrano, CEMESA, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. ² Asociación Científica de Estudiantes de Medicina. Universidad Católica de Honduras, Nuestra Señora Reina de la Paz.

Resumen

Los tumores cardíacos primarios intracavitarios son infrecuentes. El mixoma cardíaco es el más común de estos tumores. El porcentaje de aparición varía entre el 0.01 y el 0.03 %. Se presenta el caso de una paciente femenina de 57 años de edad, con un mixoma de 3.2 x 3.6 cm localizado en aurícula izquierda. El diagnóstico se realizó por ecocardiografía transtorácica, sin utilizar otra prueba diagnóstica. En este caso el diagnóstico del mixoma cardíaco fue de manera incidental. La ecocardiografía transtorácica es una herramienta de indispensable valor para el diagnóstico y el seguimiento posterior a la cirugía en estos tipos de paciente. La intervención quirúrgica con exéresis total del tumor es el tratamiento de elección, con tasas de éxito satisfactorias y aplicadas como tratamiento curativo.

Palabras Clave: Mixoma Auricular, Tumores Cardíacos, Neoplasia Intracardiaca

Abstract

Primary intracavitary cardiac tumors are rare. Cardiac myxoma is the most common of these tumors. The percentage of variation estimated between 0.01 and 0.03%. We present a case of a 57-year-old female patient with a myxoma, unique, 3.2 x 3.6 cm located in the left atrium. The diagnosis was made by transthoracic echocardiography, without using another diagnostic test. In this case, the diagnosis of cardiac myxoma was incidental. Transthoracic echocardiography is an indispensable tool for diagnosis and follow-up after surgery in these types of patients. Surgical intervention with total tumor excision is the treatment of choice, with satisfactory success rates and applied as a curative treatment.

Key Words: Atrial Myxoma, Cardiac Tumors, Intracardiac Neoplasia

Introducción

Las neoplasias cardíacas se pueden clasificar en primarias y secundarias (metastásicas). Entre las primarias, el mixoma cardíaco (MC) es el tumor más común representando cerca del 50% de tumores benignos del corazón^{1,2}. El porcentaje de aparición varía entre el 0.001 y el 0.03 %, la mayoría de estos hallazgos post mortem^{1,2}.

Normalmente se presentan en las aurículas cardíacas, siendo la izquierda más afectada. El 83 % aparecen en la aurícula izquierda, el 12.7 % en la aurícula derecha, y el 1.3 % son biauriculares. Cualquier otra localización se considera atípica.^{2,3}

Los pacientes con MC ocasionan sintomatología variada entre persona a persona, algunos llegando ser asintomáticos. Las manifestaciones cardiovasculares se presentan dependiendo del tamaño, la movilidad y la ubicación del tumor.³ El diagnóstico de MC se ha establecido mediante ecocardiografía transtorácica o ecocardiografía transesofágica con una precisión de hasta 100% ya que posee características de no ser invasivo y costo, debido a esto ha sido considerado el método de elección permitiendo una detección temprana en pacientes asintomáticos.^{3,4}

La insuficiencia cardíaca congestiva, los síntomas neurológicos y los eventos embólicos son complicaciones asociadas al MC y tiene un alto riesgo de mortalidad y morbilidad. Actualmente la extirpación quirúrgica de estos tumores sigue siendo el tratamiento exitoso para evitar las complicaciones y la tasa de recurrencia.⁴

Presentación del caso

Se presenta el caso de paciente femenina de 57 años de edad, con antecedentes de hipertensión y tabaquismo crónico y activo (1 ½ cajetilla diaria). Ingresada a emergencia en un hospital privado de San Pedro Sula, Honduras en abril 2019 con debut de evento cerebrovascular de resolución lenta diagnosticada por clínica y confirmada por tomografía computarizada cerebral simple, estudio la cual demostraba trombosis en la arteria cerebral media izquierda. Al examen físico cardiológico se constató de un ritmo irregular, no rítmico y un soplo holosistólico por insuficiencia mitral muy acentuado con intensidad de grado III/IV, irradiado a axila. Se palpa en el vértice del corazón un frémito sistólico.

Dos días posteriores, como parte protocolo diagnóstico del hospital se realiza ecocardiograma bidimensional transesofágico encontrando incidentalmente una tumoración en aurícula izquierda de 3.2x3.6 cm que protruye a través de la válvula mitral hacia el ventrículo izquierdo, compatible con mixoma auricular en valva posterior. La función sistólica se encontró conservada con una fracción de eyección ventricular

izquierdo de 60%. Ver figura 1

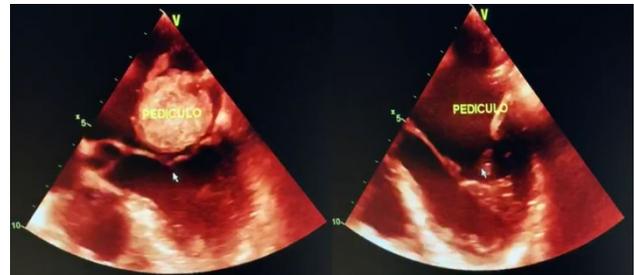


Figura 1. Imagen de ecocardiografía transesofágica: dos etapas del ciclo cardiaco, Sístole y diástole. Se observa tumoración pediculada en la aurícula izquierda sugestiva de mixoma auricular, que protruye al ventrículo izquierdo

Es llevado a la unidad de cirugía cardiovascular. Se procede un día después del diagnóstico a la intervención quirúrgica de alta complejidad por la utilización de circulación extracorpórea. Se encontró el mixoma adherido a valva posterior en la válvula mitral midiendo aproximadamente 3-4 cm. Se resecó la tumoración única. Ver figura 2. El defecto de la pared libre auricular iatrogénica se reparó con un parche pericárdico.



Figura 2. Mixoma visto después de la extirpación. Superficie mixomatosa irregular de consistencia gelatinosa, blanda y compacta (tipo polipoide).

Post evento quirúrgico se traslada a sala de unidad de cuidados intensivos donde tuvo un despertar una hora después sin ninguna secuela cardíaca ni neurológica. Se realizó ecocardiografía en sus primeras cuatro horas pos cirugía donde mostró hipoquinesia global con FEVI 35%, datos esperados luego de la cirugía. Al quinto día posoperada se realiza ecocardiograma doppler control con FEVI 60%,

mostrando una contractibilidad adecuada. Ver figura 4. Tuvo una evolución muy satisfactoria, sin incidentes, y el paciente fue dado de alta al séptimo día post operado. El paciente fue visto en seguimiento al cuarto mes después de la operación demostró mejoría clínica y abolición de los síntomas primarios.



Figura 3. Ecocardiograma transtorácico postquirúrgico

Discusión

La primera descripción de un mixoma auricular izquierdo fue reportado como un "crecimiento vascular simple" en 1845, y en 1955 se realizó la primera resección exitosa.^{5,6} Hoy en día los mixomas son los tumores primarios intracardiacos más frecuentes. Se pueden dividir en dos categorías, los primarios son aquellos que se originan directamente en el corazón y los secundarios productos de una metástasis de tumores maligno. Aparece esporádicamente en el 90% de los casos y afecta a pacientes entre los treinta y sesenta años de vida. Su presentación es más frecuente en las mujeres que en los hombres con una relación 2:1.^{5,6}

En general, los mixomas cardíacos se presentan con signos clínicos inespecíficos, lo que dificulta el diagnóstico pero pueden presentar manifestaciones cardiovasculares que dependen de su localización, tamaño, y movilidad.^{7,8} La tríada clásica de síntomas incluye signos de obstrucción intracardíaca (edema pulmonar, disnea, ortopnea, malestar, síncope y palpitaciones), signos embólicos.^{5,6} La embolia sistémica es de esperar, ya que la mayoría de los mixomas se encuentran en la aurícula izquierda.^{5,7}

Los pacientes con mixoma tienen complicaciones neurológicas en 20% a 25% de los casos y la embolia sistémica no está relacionada con el tamaño del mixoma, pero depende de la friabilidad y la movilidad del tumor.⁷

La mayoría de los pacientes con esta entidad presentan un cuadro inicial por enfermedad embólica, lo que probablemente provocó los síntomas neurológicos que llevaron al ingreso de la paciente en sala de emergencia; sin conocimiento de la causa aparente que causó el evento cerebrovascular y se encontró por ecocardiografía transtorácica incidentalmente un mixoma cardíaco

En la actualidad la ecocardiografía transtorácica es el método diagnóstico no invasivo más usado para los hallazgos de

mixomas intracardiacos, pero en situaciones que este no confirme, se utiliza la ecocardiografía transesofágica.^{7,8} La ecocardiografía transtorácica como la transesofágica son de gran utilidad para la evaluación preoperatoria de los tumores cardíacos, con el objetivo de establecer la mayor cantidad de especificaciones como ser la precisión del tamaño, la zona de implantación tumoral y comprobar la posible afectación de estructuras adyacentes, lo que podría influir en el manejo quirúrgico.^{7,8} La sensibilidad del ecocardiograma transtorácico para el diagnóstico de los mixomas es cercana al 95% y la de la ecocardiografía transesofágica es del 100%, esta última tiene una mejor sensibilidad, especialmente para tumores más pequeños.⁸

El caso que se presenta se utilizó la ecocardiografía transtorácica como único estudio diagnóstico lo cual fue preciso en su hallazgo y suficiente para realizar la intervención quirúrgica. La ecocardiografía transtorácica es una herramienta de indispensable valor para el diagnóstico y el seguimiento posterior a la cirugía en estos tipos de paciente.

En nuestro paciente el mixoma por su tamaño (3.2 x 3.6 cm) y la alta movilidad, produjo obstrucción de la válvula mitral causando estenosis dinámica que se manifestó clínicamente.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica del tumor, ya que esta mejora la supervivencia y disminuye la morbilidad asociada a la perfusión inadecuada del ventrículo izquierdo.^{9,10} La cirugía debe ser urgente, para evitar complicaciones por enfermedad embólica o muerte súbita. Aunque el pronóstico de estas cirugías es muy bueno, la mortalidad postoperatoria varía menos del 5%.¹⁰ Luego de la resección quirúrgica se debe dar seguimiento periódico con la ecocardiografía durante varios años para determinar alguna recidiva.

Agradecimientos A la Licenciada Evelyn Mejía del departamento de Cardiología y Hemodinámica, por su inmensa ayuda en la proporción de permisos para que este proyecto se haya llevado a cabo.

Referencias bibliográficas

1. Karabinis A, Samanidis G, Khoury M, Stavridis G, Perreas K. Clinical presentation and treatment of cardiac myxoma in 153 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(37): 97-37.
2. Ladich E. and R. Virmani. "Tumors of the cardiovascular system: heart and blood vessels." *Cardiovascular Pathology*. Academic Press. 2016; 735-772.
3. Chaux PA, Martínez NM, Monacayo Alvarado H, Achury-Alzate H, Isaias Vargas H. Mixoma cardíaco: experiencia clínica de 8 años en una clínica cardiovascular.

Act Col Cuid Int. 2018; 18: 219-224.

4. B Ramlawi, MJ Leja, WK Abu Saleh, OAl Jabbari, R Benjamin, V Ravi, et al. Surgical Treatment of Primary Cardiac Sarcomas: Review of a Single-Institution Experience. *Ann Thorac Surg.* 2016;101: 698-702.
5. Boyacıoğlu K, Kalender M, Dönmez AA, Çayhan B, Tuncer MA. Outcomes following embolization in patients with cardiac myxoma. *J Card Surg.* 2017; 32(10):621-626.
6. Wu HM, Chen Y, Xiao ZB, Zhang F, Wu M, et al. Clinical and pathological characteristics of cardiac tumors: analyses of 689 cases at a single medical center. *Chinese journal of pathology.* 2019; 48(4):293-297.
7. Prousi GS, Moran V, Ross GB. Atrial Myxoma Presenting with Palpitations: A Case Report. *Cureus.* 2019; 11(2).
8. Alonso de Celada RM, Maldonado Cid P, Beato MJ, Herranz Pinto P. Cutaneous emboli of atrial myxoma: unusual case report and review of the literature. *Am J Dermatopathol.* 2012; 34(5):544-8.
9. Ramlawi B, Leja MJ, Abu Saleh WK, Al Jabbari O, Benjamin R, et al. Surgical Treatment of Primary Cardiac Sarcomas: Review of a Single-Institution Experience. *Ann Thorac Surg.* 2016; 101: 698-702.
10. Adamonis S, Enodien B, Taha-Mehlitz S, Maurer A, and Taha, A. Intramuscular myxoma of the deltoid muscle in a swimmer: A rare case report and literature review. *Clinical Case Reports.* 2019; 7(12): 2398-2401.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: Juan Fernando Toledo Martínez, Universidad Católica de Honduras, Col. Serón, Ave. Principal. San Pedro Sula, Cortes, Honduras. E-mail: juanferntoledo97@gmail.com

Los autores firmantes del manuscrito declaran no poseer Conflicto de intereses.



Esta obra está bajo una [licencia de](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)
[Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)
[Reconocimiento-NoComercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)
[Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)