

Otras Secciones

HAGA USTED SU DIAGNÓSTICO

Fidel Manuel Cáceres Lóriga¹ y Horacio Pérez López²

Descriptor DeCS: DISNEA; VALVULA MITRAL; NEOPLASMAS DE LA MAMA.

Paciente femenina de 47 años de edad, con antecedentes de haber sido intervenida quirúrgicamente por una neoplasia de mama izquierda hace 13 años; tratada con citostáticos y radioterapia; ha evolucionado satisfactoriamente y sin complicaciones. Acude a nuestro centro porque hace aproximadamente 3 meses comenzó a presentar disnea; inicialmente a los grandes esfuerzos y con posterioridad a esfuerzos menores. Se acompañaba de mareos que se fueron haciendo más intensos con el decursar de los días, así como fiebre ocasional. Hasta ese momento su diagnóstico era de valvulopatía mitral.

Examen físico: pulsos periféricos sincrónicos y de intensidad normal. A la

auscultación, los ruidos cardíacos son rítmicos, primer ruido normal, segundo ruido desdoblado fisiológico, no hay presencia de tercer ruido, ni cuarto ruido; se ausculta un soplo sistólico de intensidad II/VI en el borde esternal izquierdo, no hay roce pericárdico.

Exámenes complementarios:

Hemoglobina: 67 g/L, hematócrito: 25 vol %.

Eritrosedimentación: 122 mm/h.

El resto de los complementarios fueron normales.

Ecocardiograma: ver figura 1.

Esta paciente fue operada, corroborándose el diagnóstico preoperatorio; evolucionó satisfactoriamente.

¿Cuál es su diagnóstico?

¹ Especialista de I Grado en Cardiología.

² Vicedirector Docente. Especialista de II Grado en Cirugía Cardiovascular.



FIG. Cascada del sistema renina angiotensina y los grupos de fármacos antagonistas (en *italicas*).

Diagnóstico: Doble mixoma en ventrículo izquierdo.

Observe en la figura una imagen ecodensa intraventricular adosada al tabique anterior y ápex y otra en la cara ventricular de la valva septal de la válvula mitral, que es pediculada.

Los mixomas representan el tumor cardíaco benigno más frecuente, es más habitual en edades entre 30 y 60 años y en el sexo femenino. Generalmente es único, aunque también hay formas de aparición múltiples. El mixoma cardíaco, puede tener un comportamiento similar al de los tumores malignos, ya que puede embolizar y metastaziar en otras localizaciones y además puede recurrir tras su exéresis. El índice actual de recidiva es del 1 al 15 %. En raras ocasiones puede calcificarse, sobreinfectarse o sufrir transformación maligna. La

localización más frecuente (más del 75 % de los casos) es en la aurícula izquierda, después en la derecha, biauriculares, ventrículo derecho, ventrículo izquierdo, válvula aórtica, cava inferior y múltiples asentamientos. Es un tumor intracavitario, móvil, pediculado o sésil, y generalmente con una base de implantación, el tamaño es variable (1-15 cm).

Los mixomas cardíacos pueden ser asintomáticos y descubrirse en una exploración ecocardiográfica. Los sintomáticos ofrecen una clínica variada dependiendo del lugar de origen.

Los de la aurícula izquierda pueden provocar insuficiencia cardíaca por ocupación de la masa tumoral o por el fenómeno de enclavamiento del tumor en la válvula mitral lo que puede ocasionar síncope o muerte súbita, además puede

embolizar a las arterias coronarias, vasos cerebrales, renales, bifurcación aórtica o arterias de las extremidades inferiores. Los de las cavidades derechas se manifiestan por insuficiencia cardíaca-derecha o embolismo pulmonar con hipertensión pulmonar. Un cuadro general inespecífico es bastante característico de los mixomas y puede verse hasta en el 90 % de los casos. En general la tríada sintomática más habitual es insuficiencia cardíaca, cuadro inespecífico y embolización. El mejor método diagnóstico es el ecocardiograma, que permite la visualización

dinámica del tumor, su asentamiento y sus relaciones.

El diagnóstico clínico de un mixoma constituye una indicación para la cirugía. La mortalidad operatoria es variable y depende de la presencia de enfermedades concomitantes, cardiopatía asociada o necesidad de cirugía, combinada, en general es baja (0-5 %). Después de la cirugía, los pacientes necesitan un seguimiento ecocardiográfico y en general de control para descartar la recurrencia tumoral en el lugar de implantación inicial, en otra cámara cardíaca o a distancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miralles A, Brancamonte L, Soncul H, Díaz del Castillo R, Akhtar R, Bors V, et al. Cardiac tumors: clinical experience and surgical results in 74 patients. *Ann Thorac Surg* 1991;52:886-95.
2. Abad C, Tumores cardíacos (I). Generalidades. Tumores primitivos benignos. *Rev Esp Cardiol* 1998;51:10-20.

Recibido: 26 de abril de 1999. Aprobado: 25 de mayo de 1999.

Dr. Fidel Manuel Cáceres Lóriga. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Calle 17 y A, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.