

Presentación de Casos

Adelgazamiento, fiebre y soplo cardíaco en mujer de 58 años. Presentación de un caso

Dr. Saúl Armenteros Terán,¹ Dra. Ana M. Alvarez Ruiz,² Dr. José Abreu Cruz,² Dr. Jesús González Marín,³ Dr. Leonides Peña Pérez⁴ y Dra. Teresa Serrano Sánchez⁵

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente del Hospital Clínicoquirúrgico "Joaquín Albarrán".
2. Especialista de I Grado en Cardiología. Hospital Clínicoquirúrgico "Joaquín Albarrán".
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Clínicoquirúrgico "Joaquín Albarrán".
4. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Clínicoquirúrgico "Joaquín Albarrán".
5. Especialista de I Grado en Inmunología. CIREN.

RESUMEN

El diagnóstico de los tumores cardíacos se hace difícil cuando sus manifestaciones principales son síntomas constitucionales inespecíficos. Se presenta el caso de una mujer de 58 años ingresada por adelgazamiento progresivo, fiebre y soplo cardíaco de muy baja intensidad (II/VI). Mediante ecocardiografía transtorácica bidimensional se detecta: masa tumoral adosada a la pared auricular izquierda (mixoma auricular); durante la diástole prolapsa hacia el interior del ventrículo izquierdo. Se comentan los elementos clínicos, inmunológicos e imagenológicos de dichos tumores.

Descriptor DeCS: MIXOMA/ultrasonografía; NEOPLASMAS CARDIACOS/ultrasonografía; ECOCARDIOGRAFIA.

Los mixomas constituyen del 24 al 50 % de los tumores cardíacos primarios y son los intracavitarios los más comunes;¹ el 85 % se asienta en la aurícula izquierda, por ello la presentación clínica más frecuente es la disfunción del corazón izquierdo.²

Ocasionalmente provocan síntomas constitucionales inespecíficos que dificultan el diagnóstico.^{2,3}

Motivados por la infrecuencia de la entidad en nuestro servicio y la existencia de un caso con manifestaciones que asemejaban un proceso infeccioso inflamatorio crónico, elaboramos el presente trabajo, con el objetivo de transmitir esta experiencia y comentar aspectos clínicos, inmunológicos e imagenológicos de los mixomas cardíacos.

Presentación del caso

ECTQ, femenina, blanca, 58 años, HCL: 380790, ama de casa, procedencia rural. Antecedentes de salud anterior: no hábitos tóxicos. Ingresó por pérdida progresiva de 15

kg y fiebre vespertina (38 grados C) y artralgia (de 6 meses de evolución). Hace 2 meses disnea de esfuerzos moderados y palpitations que empeoran en decúbito lateral izquierdo; tinte grisáceo peribucal y manchas violáceas en el abdomen y en los muslos que tornan a verde carmelita en unos días. Examen físico: cianosis peribucal y acral, lesiones purpúricas en miembros inferiores. ACV: ruidos taquicárdicos, primer tono mitral acentuado, chasquido de apertura mitral y arrastre protodiastólico II/VI (se incrementa y prolonga en decúbito lateral izquierdo y apnea espiratoria).

Analítica e imagenología

Hemograma: hemoglobina 106 g/L, Hto. 0,35 vol/L; leucocitosis: $15,3 \times 10^9/L$; PMNs 0,63, LINF: 0,24, EOS: 0,02, mono: 0,11. Eritrosedimentación 114 mm. Coagulograma normal. ECG: P mitral, bloqueo rama derecha. Telecardiograma: corazón en límite máximo normal, rectificación del arco pulmonar. Ecocardiografía bidimensional: se aprecia masa tumoral adosada a pared auricular izquierda (figura 1). Durante la diástole el tumor prolapsa hacia el interior del ventrículo izquierdo (figura 2).

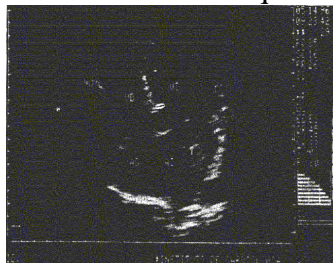


FIGURA 1. Ecocardiografía bidimensional que muestra en la sístole masa tumoral (mixoma auricular) adosado a superficie endocárdica de aurícula izquierda.

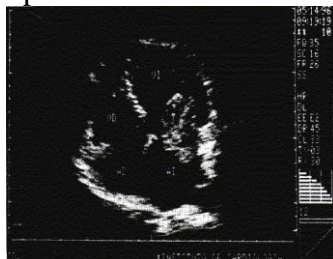


FIGURA 2. Ecocardiografía bidimensional, que demuestra el prolapsos del tumor hacia el interior del ventrículo izquierdo, durante el período diastólico.

COMENTARIOS

El mixoma es el de mayor interés clínico de los tumores cardíacos primarios por su relativa frecuencia, tendencia sintomática, fácil resolución mediante cirugía y por ser más frecuente en las mujeres entre 35 y 60 años.^{1,3,4}

Las manifestaciones clínicas más comunes dependen de la insuficiencia cardíaca izquierda o congestiva³⁻⁵ pueden ser paroxísticas y precipitadas por cambios posicionales. El bloqueo valvular por el tumor provoca síntomas y signos de estenosis mitral.^{3,5} En nuestro caso la disnea, palpitations y soplo se acentuaban con el decúbito lateral izquierdo y auscultatoriamente aparecía el "Tumor Plop" (chasquido de apertura, resultante de la tensión ejercida sobre el tallo tumoral al final de su excursión por impacto tumoral contra la pared cardíaca). El soplo era poco intenso con relación al trastorno funcional.^{4,5} Síncopes, arritmias y embolias no se presentaron en nuestro caso. Algunos consideran que la elaboración y liberación de IL-6 por el tumor es un

factor importante para la embolización.⁶ Para otros este papel depende de la crio-fibrinogenemia.⁷ A veces los mixomas debutan con manifestaciones constitucionales inespecíficas que hacen pensar en proceso infeccioso inflamatorio crónico.^{3,4,8} En nuestro caso estas manifestaciones precedieron a las cardiovasculares en 4 meses.

La ecocardiografía particularmente bidimensional, permite la identificación de los mixomas auriculares.^{9,10} Se aprecia en la ecografía del caso imagen tumoral adosada a la pared auricular izquierda y su prolapso diastólico intraventricular (técnicas no invasiva considerada de elección para el diagnóstico imagenológico de estos tumores cardíacos primarios).

SUMMARY

The diagnosis of cardiac tumors is found to be difficult when its main manifestations are non-specific constitutional symptoms. The case of a 58-year old woman who was admitted to hospital presenting with progressive weight loss, fever, and low intensity cardiac murmur (II-VI), is reported. By two-dimensional transthoracic echocardiography a tumor mass in the left atrial wall (atrial myxoma) was detected; during diastole prolapsing towards the interior of the left ventricle. The clinical, immunological, and imaging elements of such tumors are pointed out.

Subject headings: MYXOMA/ultrasonography; CARDIAC NEOPLASMS/ultrasonography; ECHOCARDIOGRAPHY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Law DA, Dulaney JJ, Graeber G. Left atrial myxoma; a case presentation and review of the literature. *WV Med J* 1995;91(3):95-7.
2. Saito A, Eguchi S, Oguno F, Hayashi J, Miyamura H. Surgical excision of a bread-based left atrial myxoma: report of a case. *Surg Today* 1994;24(8):741-3.
3. Healy BP. Miscellaneous Conditions of the Heart: Tumor, Trauma and Systemic Disease. Primary Tumors of the Heart. En: Wyngaarden JB, Smith LH, Bobett JC. eds. *Cecil Textbook of Medicine*. Philadelphia: WB Saunders, 1992:348.
4. Reynon K. Medical Progress: Cardiac myxomas. *N Engl J Med* 1995;333(24):1610-17. (Review article).
5. Cuz JF, López VG. Tipos de tumores cardíacos. En: Farrera Rozman eds. *Medicina Interna*. Madrid: Mosby Doyna libres. 1995:614-5.
6. Kanda J, Umoyama S, Sasaki A, Nakasate Y, Morishita Y, Imai S. Interleukin-G and cardiac myxoma. *Am J Cardiol* 1994;74(9):965-7.
7. Cobcreft RG, Shearer A, Gill DS, Forgan-Smith J. Fluctuating symptomatic cryofibrinogonaoma in a patient with left atrial myxoma. *BJ Ha matol*. 1994;88(1):213-4.
8. Duran MS, Jimenez MM, Montero PF, Marchan MT, Toro RM, Segura SJ. Síncope y soplo cardíaco en mujer de 37 años. *Rev Clin Esp* 1995;195(4):271-3.
9. Serrano A, Machado J, Goncalves LP, Proenza R. Mixoma de aurícula esquerda. Apresentandose por acidentes cerebrovasculares de repeticao. *Acta Med Port* 1994;7(10):561-3.
10. Popp RL. Echocardiography (Part 2). *N Engl J Med* 1990;323:165-7.

Recibido: 27 de enero de 1997. Aprobado: 14 de marzo de 1997.

Dr. *Saúl Armenteros Terán*. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Joaquín Albarrán"
Ave 26 y Calzada de Puentes Grandes, Ciudad de La Habana.