

Caso Clínico

Mixoma auricular izquierdo: manifestación por lipotimia y episodios sincopales de corta duración

Left atrial myxoma: manifestation due to lipotimia and syncopal episodes of short duration

Jorge Jarolín Figueredo¹

¹Instituto de Previsión Social, Hospital Central. Asunción, Paraguay

RESUMEN

Se presenta un caso de mixoma auricular izquierdo que se manifiesta clínicamente por episodios sincopales de corta duración relacionados con la posición postural. El diagnóstico fue confirmado con la ecocardiografía transtorácica y transesofágica y complementado con un cateterismo cardiaco en donde se descubrió una lesión severa de la arteria descendente anterior. La cirugía cardiaca con circulación extracorpórea fue el tratamiento lográndose exéresis completa del tumor en el sitio de implante de su pedículo.

Palabras clave: tumor cardiaco, mixoma auricular, lipotimia

ABSTRACT

We present a case of left atrial myxoma that is manifested clinically by syncopal episodes of short duration related to the postural position. The diagnosis was confirmed by transthoracic and transesophageal echocardiography and complemented by cardiac catheterization in which a severe lesion of the anterior descending artery was discovered. Cardiac surgery with extracorporeal circulation was the treatment achieving complete excision of the tumor at the site of implantation of its pedicle.

Key words: cardiac tumor, atrial myxoma, lipothymia

Autor correspondiente: Dr. Jorge Jarolín

Instituto de Previsión Social, Hospital Central. Asunción – Paraguay

Correo electrónico: jorgejarolin@hotmail.com

Fecha de recepción: 05 octubre 2017

Fecha de aprobación: 29 noviembre 2017

INTRODUCCIÓN

El mixoma es el tumor cardíaco más frecuente, frecuentemente benigno, de ubicación atrial, más en el lado izquierdo. En la mayoría de los casos se diagnostica por manifestaciones embólicas cerebrales y muy raras veces por obstrucción en el drenaje de las venas pulmonares o de las cavas. La obstrucción del orificio mitral ocasiona un síndrome de bajo gasto cardíaco, que se manifiesta por cuadros sincopales de corta duración y que se relaciona con cambios de posición. Puede ocasionar una muerte súbita.¹⁻²⁻³

PRESENTACIÓN DE CASO

Varón de 67 años, hipertenso conocido, bien controlado con enalapril 20 mg/día sin otros antecedentes patológicos de interés, consulta por cuadro de 3 meses de evolución con disnea progresiva hasta hacerse en reposo. Presenta lipotimia y pérdida momentánea del conocimiento en las últimas semanas al inclinarse hacia adelante, que revierte al erguirse. Niega otros síntomas. Examen físico: sin datos de interés. Radiografía de tórax: cardiomegalia leve. La ecocardiografía transtorácica muestra una imagen de aspecto tumoral de 4,8 x 3,8 cm que ocupa la cavidad auricular izquierda, móvil, que por momentos hace obstrucción del orificio de la válvula mitral. Estos mismos datos se confirman con un estudio de ecocardiografía transesofágica (Figura 1). El paciente es sometido a cateterismo cardíaco (coronariografía) en donde se observa una lesión severa en tercio medio de la coronaria descendente anterior. Se indica cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. A través de una atriotomía izquierda se localiza un tumor ovoideo, de aspecto gelatinoso, pediculado, que se inserta en el septum interauricular, ocupa prácticamente toda la cavidad auricular izquierda, obstruyendo casi por completo el orificio de la válvula mitral. Se realiza la extirpación del mismo (Figura 2) resecaando el septum interauricular con un

margen de seguridad de 1 cm, quedando de esa manera un orificio en el mismo, que luego se cierra con un parche de pericardio autólogo fijado con sutura. Además se realiza un bypass coronario con la arteria mamaria izquierda a la descendente anterior. Presenta buena evolución postoperatoria y es dado de alta al sexto día. La anatomía patológica del tumor informa mixoma auricular.



Figura 1. Ecocardiografía transesofágica que muestra tumor pediculado que se fija en el septum interauricular. Ocupa casi toda la cavidad auricular izquierda, con protrusión en el orificio auriculoventricular izquierdo.



Figura 2. Aspecto macroscópico de la tumoración: masa blanda, gelatinosa, encapsulada con pedículo insertado en la fosa oval del septum interauricular.

DISCUSIÓN

Los tumores cardiacos son raros, 70% son benignos y 30% son malignos y potencialmente puede producir invasión local o producir metástasis^(1,2,3).

Entre los tumores benignos el mixoma es el más frecuente y seguido del lipoma y el fibroelastoma papilar. El mixoma se ubica preferentemente en las aurículas y de preferencia en el lado izquierdo (90%), es de tamaño variable, por lo general es de 5 a 6cm de diámetro, de forma polipoidea y pediculado que se inserta en el septum interauricular y si es el lado derecho, lo hace en la fosa ovalis. Puede insertarse también en la pared libre y raramente sobre las válvulas. Es gelatinoso o mucoideo y con áreas hemorrágicas, extremadamente frágil y que puede desprenderse y producir embolias. Se compone de células primitivas capilares con hematopoyesis con matriz mixoidea de ácido mucopolisacárido. El estroma contiene variable número de reticulocitos y fibras elásticas⁽⁴⁾.

Su manifestación clínica ocurre por obstrucción al drenaje de las venas pulmonares (edema pulmonar) u obstrucción de drenajes de las venas

sistémicas (cava superior o inferior), raramente obstrucción intermitente del orificio de la válvula auriculo ventricular, ocasionando síntomas de bajo gasto cardiaco, que cede con cambios posturales. Generalmente en este caso los síntomas son episodios de corta duración y asociado de síncope⁽¹⁾.

En 30 a 45% de los pacientes la primera manifestación se presenta con síntomas de manifestaciones embólicas por fragmentación del tumor, que en su mayoría son cerebrales y más raramente ocurre en la bifurcación aórtica. Las embolias pulmonares (tumor del lado derecho) ocurren sólo en 10% de los casos^(1, 2).

El mixoma tiene una ocurrencia familiar en 5% de los casos. El método de diagnóstico de elección es la ecocardiografía y sobre todo la transesofágica^(3, 4).

El tratamiento es el quirúrgico, independiente del tamaño y localización y consiste en una cirugía cardiaca con circulación extracorpórea. Se realiza extracción del tumor resecaando el sitio de implante del pedículo, con amplio margen de seguridad para evitar las recidivas. La recurrencia ocurre en 1 a 3 % de los casos⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁾.

REFERENCIAS

1. Kirklin JW, Barrat-Boyes BG. Cardiac tumor – Brian G Barrat-Boyes. Cardiac surgery, 4^a ed. Elsevier Saunders. 2013, 2 v. 749 p.
2. Leja M, Shah D, Reardon M. Primary cardiac tumors. Tex Heart Inst J. 2011;38(3):261-262
3. Espinola - Zavaleta N, Lozoya - Del Rosal JJ, Colin - Lizalde L, Lupi - Herrera E. Left atrial cardiacmyxoma. Twounusual cases studiedby 3D echocardiography. BMJ Case Rep. 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244343/>
4. Formica F, Sangalli F, Paolini G. Unusually large left atrial myxoma causing mitral valve occlusion and hiding a severe mitral regurgitation: a case report. Heart Surg Forum. 2006;9(6):e849-50.
5. Muthiah R. Left Atrial Myxoma—A Case Report. Case Reports in Clinical Medicine. 2016;5:6-10. Disponible en: https://file.scirp.org/pdf/CRCM_2016011816294260.pdf
6. Hoffmeier A, Sindermann J, Scheld H, Martens S. Cardiac tumors—Diagnosis and surgical treatment. Dtsch Arztebl Int. 2014;111(12):205–11.
7. Aranki SF, Gill R. Left Atrial Myxoma. N Engl J Med. 2008;358:7. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMicm0708551>

8. Paraskevoidis IA, Michalakeas CA, Papadopoulos CH, Anastasiou-Nana M. Cardiac Tumors. ISRN Oncol. 2011;2011. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22091416>