
CASO CLINICO

MIXOMA AURICULAR: REPORTE DE 2 CASOS

Dr Guillermo Bustamante Novella*

RESUMEN

Los tumores cardíacos primarios son poco frecuentes en todas las edades, se reporta una incidencia en la población general del 0.002 %, muchos de ellos son hallazgos del estudio post mortem. Se describen dos casos a los cuales se les diagnosticó tumor cardíaco primario por Ecocardiografía Bidimensional, Mixomas, únicos, y de localización en la Aurícula Izquierda. El primer paciente, mujer, de 61 años sin antecedentes previos presentó como sintomatología disnea y palpitaciones. El segundo paciente, varón, de 69 años fue asintomático, su hallazgo fue por una evaluación cardiovascular. El diagnóstico fue realizado con Ecocardiograma Transtorácica. Se realizó tratamiento quirúrgico con resección completa del tumor. No hubo complicaciones.

INTRODUCCION

La mayoría de los Mixomas (> 80%) se encuentran en la aurícula izquierda. También se encuentran en orden decrecientes en la Aurícula Derecha, Ventrículo derecho y Ventrículo izquierdo. La incidencia de Mixoma cardíaco alcanza su pico entre los 40 a 60 años de edad, con una proporción de mujeres a hombres de aproximadamente 3: 1. La mayoría de los Mixomas ocurren esporádicamente, pero pueden ser familiares; ocasionalmente se han descrito en relación con un Síndrome particular llamado Complejo de Carney, una afección Autosómica Dominante asociada con Mixomas cardíacos, Mixomas que existen en otras regiones (cutáneas o mamarias), lesiones cutáneas hiperpigmentadas, hiperactividad de las Glándulas Suprarrenales o Glandulas testiculares y Tumores

Pituitarios. El complejo de Carney ocurre a una edad más temprana y debe considerarse cuando se descubren Mixomas cardíacos en ubicaciones atípicas en el corazón.(1,2)

Los pacientes comúnmente son asintomáticos, y el tumor se ve como un hallazgo incidental en Ecocardiografía Transtorácica. Cuando hay síntomas como disnea, especialmente disnea que empeora mientras está acostado en el lado izquierdo, debe alertar al clínico sobre la posibilidad de un Mixoma. La mayoría de las presentaciones clínicas relacionadas con el Mixoma se relacionan con una obstrucción de la válvula Mitral (Síncope, disnea y Edema Pulmonar) seguido de manifestaciones embólicas. Los pacientes pueden presentar síntomas inespecíficos como fatiga, tos, fiebre, artralgia, mialgia, pérdida de peso, erupción eritematosa y hallazgos de laboratorio de anemia, aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y aumento de los niveles de Proteína C reactiva y de Gammaglobulina. Con menos frecuencia pueden tener Trombocitopenia, cianosis o Fenómeno de Raynaud. Los hallazgos más comunes en la auscultación son un soplo sistólico (en el 50% de los casos) seguido de un primer ruido cardíaco fuerte (32%), un chasquido de apertura (26%) y un soplo diastólico (15%). La razón del soplo sistólico puede ser por daño a las válvulas, falla en el coaptación de las valvas o estrechamiento del tracto de salida por el tumor. El soplo diastólico está presente debido a la obstrucción de la válvula mitral por el Mixoma. El Plop tumoral puede ser confundido con un chasquido de apertura mitral o un tercer sonido cardíaco y se puede detectar hasta en un 15% de los casos. La afectación de los vasos cerebrales produce signos neurológicos; afectación de Arterias Coronarias puede provocar un Síndrome Coronario Agudo; la Obstrucción Arterial Intestinal puede provocar un intestino isquémico y la Obstrucción Arterial Periférica puede provocar isquemia que amenaza las extremidades.(3,4)

(*): Clínica San Borja
Lima -Peru

CASO CLINICO 1

ANAMNESIS

Paciente de 62 años, sexo femenino sin antecedentes de enfermedad previa, viene al consultorio de Cardiología por cansancio de tres meses de evolución, palpitaciones, molestias precordiales sin relación al esfuerzo. Niega Disnea Paroxística Nocturna, niega Ortopnea

EXAMEN FISICO

PA :120/70 FC :78X PESO :49 kg

Buen estado general

No ingurgitación yugular, no edemas

Pulm :no rales

Card :ruidos cardiacos rítmicos, presencia de un tercer ruido sin cadencia de galope, no soplos

Abdomen :blando, depresible, no visceromegalia

Neurologico : no focalización

EXAMENES AUXILIARES

Hb: 13,2 gr/dl Creat: 0.9 mg/dl Glic: 96 mg/dl

TGO :24 U/L Colest Total :192 mg/dl LDL: 98 mg/dl

HDL : 74 mg/dl Triglic : 98 mg/dl

ELECTROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal FC : 75X

Trazado en limites normales

Prueba Ergometrica

Ausencia de respuesta isquémica y arritmias al alcanzar el 75% de su FC máxima precedida para su edad. No hubo respuesta hipertensiva. Nivel de ejercicio realizado 6 mets

ECOCARDIOGRAMA



Ecocardiograma con masa tumoral pediculado con implantación en el septo interauricular de 40 mm, observándose prolapso en grado variable a través del orificio de la valvula Mitral

CINECORONARIOGRAFIA

Arterias Coronarias sin lesiones obstructivas

El tratamiento realizado en el paciente fue la resección quirúrgica con escisión completa de la masa con el area de fijación del tabique Auricular, reparándose dicho tabique con parche de Pericardio. Salio de alta en buenas condiciones.

CASO CLINICO 2

ANAMNESIS

Paciente de 69 años, de sexo masculino, sin antecedentes cardiológicos de importancia. Viene al consultorio por un riesgo preoperatorio de un Adenoma Prostatico. No refiere molestias cardiovasculares

EXAMEN FISICO

PA: 130/80 FC: 75X Peso :84 kg

Buen estado general

No ingurgitación yugular, no edemas

Pulm : no rales

Card :ruidos cardiacos rítmicos, soplo sistólico 2/6 en

área paraesternal izquierda, no galope ni frote, pulsos periféricos presente y simétricos

Abdomen : blando depresible, no visceromegalia

Neurologico: no focalización

EXAMENES AUXILIARES

Hb 14,2 gr/dl Creat: 0.86 mg/dl Glic : 90 mg/dl

TGO :28 U/L Colest Total : 208 mg/dl Triglic : 140 mg/dl

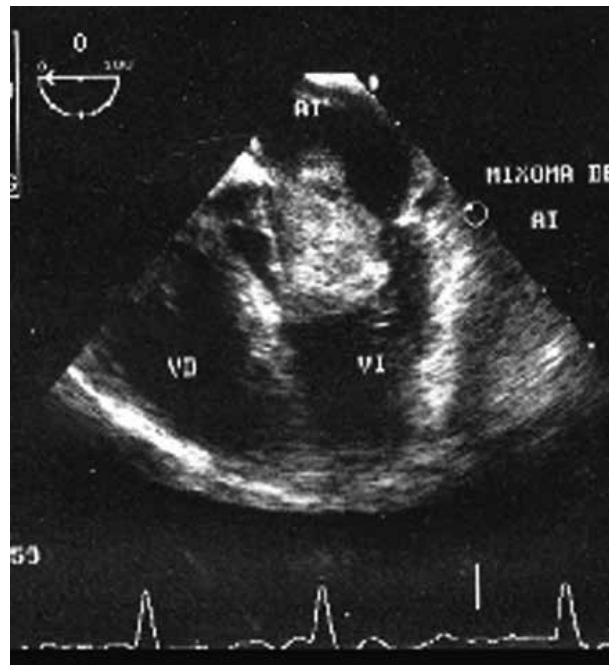
HDL: 67 mmmg/dl LDL : 113 mg/dl

ELECTROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal FC :75X

Trazado en limites normales

ECOCARDIOGRAMA



NOTA :Al paciente se le explico su hallazgo del Mixoma mencionándose que su tratamiento definitivo era su extirpación quirúrgica. Paciente no quizo y pidió su retiro voluntario.

DISCUSIÓN

El Mixoma Auricular es una enfermedad cardíaca rara con una incidencia general de aproximadamente 0,5 / millón / año y representa aproximadamente el 70% de todos los tumores cardíacos. Las ubicaciones de los tumores en la población general son: 80 % en la aurícula izquierda (AI), 10 % en la aurícula derecha (AD) y el 10 % en los ventrículos. El sitio de unión más común es la Fosa Oval.(5)

Los signos clínicos, las manifestaciones y los síntomas producidos no son específicos y están determinados por la ubicación, el tamaño y la movilidad del tumor. Hay 3 patrones principales de presentación clínica para pacientes con Mixoma Cardíaco: 1.-Consecuencias hemodinámicas (disnea, episodios sincópal, arritmia, palpitaciones, Insuficiencia Cardíaca congestiva y muerte súbita), 2.-Embolias sistémicas (embolización en el árbol arterial periférico y ataque isquémico transitorio [AIT] o accidente vascular cerebral [ACV]), y 3.-manifestaciones constitucionales o sistémicas (fiebre, pérdida de peso, artralgia y fatiga). En nuestro paciente, tenía cansancio, palpitaciones y en el Ecocardiograma Transesofagico realizado existía un Prolapso de la masa tumoral que actuaba como una

estenosis mitral severa con un incremento elevado de su Hipertensión pulmonar.(6,7)

Las consecuencias hemodinámicas pueden ser intermitentes y esto se asocia con cambios en la posición del paciente debido a que el tumor flota o se propaga a través de la Válvula Mitral o Tricúspide hacia el ventrículo derecho o izquierdo. Los pacientes jóvenes y de sexo masculino tienen síntomas neurológicos más específicos, mientras que las mujeres tienen síntomas más sistémicos. 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, sino que depende de la friabilidad y movilidad del tumor. Los defectos neurológicos temporales o permanentes surgen cuando el Mixoma se infecta y el tejido tumoral friable se emboliza en circulación sistémica. En la literatura se describió una complicación rara con la oclusión de la aorta abdominal por un Mixoma friable. La incidencia de estas complicaciones es pequeña, pero afectan la calidad de vida de los pacientes con este tumor. Por otro lado, Wang et al en un estudio reciente y después del análisis clínico-patológico de 61 pacientes, se concluyó que los perfiles patológicos del Mixoma cardíaco no estaban relacionados con la presentación clínica. La fiebre, el malestar y la pérdida de peso son la mayoría de los síntomas debido a la posible elaboración de la citocina interleucina-6 (8,9).

A veces, el Mixoma Cardíaco se describe en el contexto del síndrome o complejo de Carney, en el cual se encuentra el Mixoma cardíaco asociado a lesiones cutáneas, trastornos Endocrinos, tumores testiculares, de Tiroides y de Hipófisis. El complejo de Carney es una condición autosómica dominante. Los estudios genéticos moleculares muestran que las mutaciones en el gen PRKAR1A, que codifica la subunidad reguladora R1a de la proteína quinasa A (PKA) dependiente de AMP cíclico, causan Mixomas hereditarios en el contexto del síndrome tumoral del complejo de Carney. Otros estudios genéticos en seres humanos han destacado nuevos fenotipos variantes, que potencialmente se asocian con el complejo de Carney, y han identificado vías genéticas alternativas a la génesis tumoral cardíaca, incluida la mutación del gen MYH8 que codifica la miosina perinatal. [9]

La detección de un Mixoma oculto y el seguimiento después de su extirpación quirúrgica deben incluir un examen físico y Ecocardiografía Transtorácica (ETT) y / o Ecocardiografía Transesofágica (ETE). La ETT tiene aproximadamente 95% de sensibilidad para la detección de los Mixomas cardíacos, mientras que ETE tiene 100% de sensibilidad. La Tomografía Cardíaca y la Resonancia Magnética Cardíaca (RMC) también

pueden ser útiles. La Angiografía coronaria en pacientes mayores de 40 años generalmente se requiere para descartar Enfermedad Coronaria concomitante. La escisión quirúrgica del tumor se debe realizar después del diagnóstico debido al riesgo de muerte súbita y las complicaciones de tipo neurológicas que son muy altas.(10)

Cuando se ha establecido el diagnóstico, el tratamiento de elección para el Mixoma Cardíaco es la resección quirúrgica, que en la mayoría de los casos es curativa. Se debe realizar la escisión completa de la masa con el área de fijación en las estructuras cardíacas (tabique auricular, tabique ventricular, pared libre de atrio o ventrículos y válvulas cardíacas). La comunicación interauricular y la pared libre de la aurícula en nuestro paciente se repararon con parche de pericardio. Si el Mixoma Cardíaco invadió las válvulas cardíacas, entonces se debe realizar la reparación de la válvula (si es posible) o el reemplazo.(11)

Se necesita un seguimiento de por vida porque los Mixomas tienen cierta tendencia a recurrir, a tasas del 5% al 14%. El tiempo de recurrencia en diferentes series varió de 0.5 a 6.5 años. Se recomienda un seguimiento regular con exámenes clínicos y estudio de ETT en pacientes con Mixomas Cardíacos familiares debido a que estos pacientes tienen un riesgo significativamente mayor de recurrencia. Otras causas de recurrencias son una escisión incompleta del Mixoma, una implantación intracardíaca del tumor original y su transformación maligna. El examen genético de pacientes con Mixomas cardíacos recurrentes podría ayudar a identificar a los pacientes con riesgo de recurrencia adicional.(12)

CONCLUSIONES

Los Mixomas cardíacos se encuentran entre las enfermedades más difíciles de diagnosticar, debido a la baja frecuencia en la población y a su presentación clínica inespecífica. Es comprensible que al primer contacto médico se atribuyan los síntomas a enfermedades más frecuentes

La clave para diagnosticar un tumor cardíaco está en incluirlo en el diagnóstico diferencial. Es necesaria una historia clínica exhaustiva y un buen examen físico sobre todo en presencia de datos atípicos, así como las pruebas complementarias entre las cuales tenemos la Ecocardiografía Transtorácica.

A pesar de ser un tumor histopatológicamente benigno, la presencia de un Mixoma cardíaco puede suponer un riesgo inminente sobre la vida debido a su localización dentro de un órgano tan vital que puede generarle una variedad de complicaciones al paciente incluso una muerte súbita.

La resección quirúrgica de los Mixomas cardiacos contribuye a un pronostico excelente y se relacionan con complicaciones y tasas de recurrencias muy bajas. Se recomienda un seguimiento regular a largo plazo en todos los pacientes con Mixoma cardiaco, particularmente en los que tienen formas familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Timothy J. Cardiac Tumors: Clinical Presentation, Diagnosis, and Management. *Curr Treat Options in Oncol*, 2019, 20:66
2. Andric V, Simovic S, Catovic S. SÍNDROME DE CARNEY: SER O NO SER. *Acta Endocrinol (Buchar)*. julio-septiembre 2017, 13 (3): 376-377
3. Messina F. Atrial myxomas and different clinical presentations. *Int J Cardiol*, Jan 2016, 15, 203:1136.
4. Pinede L. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)*, 2001
5. Fana GT. Left Atrial Myxoma: a report of two cases and Literature Review. *Afr J Med*, May-Aug, 2015
6. Prousi GS, Moran JV, Biggs RG. Mixoma auricular que presenta palpitations: informe de un caso. *Cureus*. 19 de febrero 2019; 11 (2): e4093.
7. Atrial myxoma: an unusual aetiology for exertional dyspnea and palpitation. *Gutierrez O*. *BMJ* 2017 Dec 2.
8. Wang H. Cardiac Myxoma: A Rare case series of 3 patients and Literature. *J Ultrasound Med Nov* 2017, 36(11): 2361.
9. Braunwald's Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine, 11th Edition, 2018
10. Abu Abeleh M. Cardiac myxoma: clinical characteristics, surgical intervention, intra-operative challenges and outcome. *Perfusion*, Nov 2017, 32(8):686.
11. Lee KS. Surgical resection of cardiac myxoma-30-year single institutional experience *J Cardiothorac Surg*, Mar 2017, 27, :18.
12. Tomas Francisco Cianciulli. Twenty years of clinical Experience with cardiac Myxomas: Diagnosis, Treatment and Follow up. *J Cardiovasc. Imaging Jan 2019* 27 :27.