

SECCION RADIOGRAFICA Y TOMOGRAFICA

MIXOMA DE AURICULA IZQUIERDA, REPORTE DE UN CASO

*Dr. Oscar Reyes Bancalari

**Dr. Anís F. Vidal Dauhajre

Paciente femenina de 33 años, sin ninguna historia de enfermedad sistémica, y que se encontraba bien hasta que tres meses antes de ser vista en emergencia desarrolló sín-

siones se quejó de visión borrosa y mareos, estos síntomas empeoraban cuando tomaba la posición decubito lateral izquierda. Fue vista en varias ocasiones en la sala de emer-

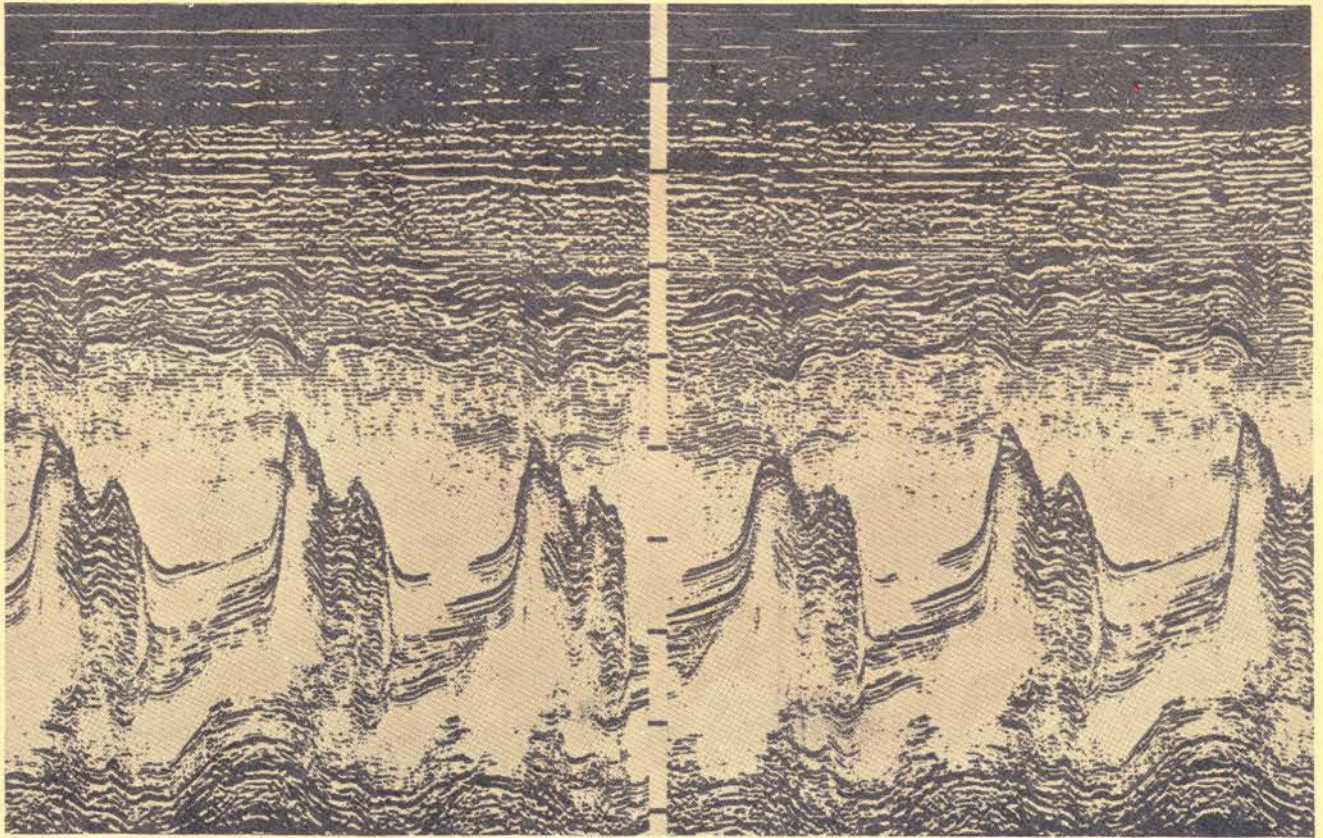


FIGURA No. 1

tomas de dolores precordiales con disnea y palpitaciones, los cuales empeoraron hasta el punto que tres meses después la llevaron a la emergencia; también en algunas oca-

gencia con estos síntomas y los electrocardiogramas mostraban taquicardia sinusal.

en la posición decubito lateral izquierda. Abdomen suave: Extremidades normales. SNC sin déficits.

* Médico Cardiólogo, Hospital Central Romana.

** Internista Cardiólogo, profesor Escuela de Medicina, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Santo Domingo.

A la paciente se le practicó un ecocardiograma, el cual mostró una masa en la aurícula izquierda que penetraba por el orificio mitral durante la diástole (fig. 1); la paciente fue enviada a cirugía con el diagnóstico de mixoma de aurícula izquierda, y se le extirpó una masa única de



la aurícula izquierda (fig. 2), que resultó ser un mixoma, único, de aurícula izquierda. La paciente se encuentra bien y asintomática dos años post-operatorio. Su ecocardiograma no ha mostrado recrecimiento.

Nosotros reportamos este caso, el cual creemos es el primero registrado en la República Dominicana en un ser vivo, diagnosticado por medio de la ecocardiografía y tratado por medio de la cirugía exitosamente.

No tiene historia de fiebre reumática, hipertensión arterial, ni cardiopatía congénita. Al examen físico no se apreciaba ninguna dificultad respiratoria, presión arterial 100-80, pulso 92 p/m, regular; temp. 36.1, tamaño 5'4", peso 137 libras, pupilas y fondo de ojos normales. Carótidas sin soplos. Pulmones claros. Corazón: ritmo regular, RI aumentado, con un ruido diastólico seguido por un soplo diastólico corto grado 2/6. Sin soplos sistólicos ni frotos pericárdicos. Estos hallazgos se auscultaban mejor

COMENTARIOS

La incidencia de tumores cardíacos es muy baja, en el orden del 0.0017% al 0.28% en la población general¹⁻². Los mixomas son el tipo más común de tumor cardíaco primario, ocupando alrededor del 30 al 50% en la mayoría de las series patológicas³. Se han reportado casos desde los 3 hasta los 83 años de edad, siendo la más común entre los 30 y 60 años. También ocurren en familias y se ha observado en una madre y sus tres hijos⁴, lo que sugiere que podría ser transmitido como un autosoma dominante. También se reporta que ocurre 3 veces más común en mujeres que en los hombres. El 90% de los mixomas ocurren en las aurículas o aurícula y ventrículos.⁵ El sitio usual en que el mixoma de aurícula izquierda crece es en el área de la fosa ovalis y raramente en la pared posterior.

Los síntomas y signos de estos tumores varían grandemente desde dramáticos hasta asintomáticos, y dependen de su localización y los efectos mecánicos locales. Estos incluyen manifestaciones no específicas tales como fiebre, embolias sistémicas y pulmonares, interferencia con la función mecánica del corazón que depende de la localización del o de los tumores. A la auscultación se puede escuchar un soplo diastólico y un tercer ruido que parece ser producido por el choque del tumor con la pared del corazón o una válvula. Estos ruidos y soplos son más acentuados en posición supina lateral izquierda.

Los mixomas son generalmente pedunculados, con una masa fibro-vascular, su tamaño average es de 4 a 8 cm. de diámetro y han habido algunos de hasta 15 cm. La mayoría son gelatinosos y polipoides, pero pueden ser redondeados y de superficie brillante y no es infrecuente que tengan áreas de hemorragias.

Antes del advenimiento de la angiografía los tumores cardíacos no se diagnosticaban pre-mortem, pero hoy en día la ecocardiografía es la técnica diagnóstica más utilizada por su no invasividad y facilidad de realizar, además de que permite planear la angiografía, especialmente en tumores del lado izquierdo en que el diagnóstico puede ser pasado por alto si no se hace en levo-fase. Algunos autores sugieren que se practique un eco de rutina precateterismo, especialmente a aquellos pacientes con diagnóstico clínico de estenosis mitral⁶.

En el eco Modo M vemos el tumor cuando prolapsa la mitral y en la aurícula izquierda. El eco bidimensional tiene la ventaja de que se ven las cuatro cavidades y hoy en día se aceptan pacientes en la sala quirúrgica sin angiografía. El primer mixoma de aurícula izquierda en un paciente vivo fue reportado por Golberg en 1952, por medio de la angiografía⁷.

El tratamiento de elección de los mixomas es la extirpación quirúrgica, que resulta en cura completa en la mayoría de los casos. Aunque los mixomas son tumores histológicamente benignos, potencialmente son letales como resultado de obstrucciones valvulares, o intracavitarias, embolias y trastornos del ritmo o la conducción. No es raro que algunos pacientes mueran, o sufran alguna complicación mayor mientras esperan por la cirugía, por tanto, es mandatorio operar prontamente después que el diagnóstico ha sido establecido.

Hay reportes de cura completa para mixomas post-cirugía de hasta quince años de seguimiento⁸, aunque han habido algunos casos de recurrencias. Los mecanismos por los cuales los mixomas pueden recurrir incluyen: 1) extirpación incompleta del tumor con re-crecimiento. 2) Implantación intracardíaca, 3) embolización periférica y crecimiento y 4) crecimiento de un segundo foco.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Heath, D.: Pathologic of cardiac tumors. Am. J. Cardiol 21: 315, 1968.
- 2.- McAllister, H.A.: Primary tumors and cysts of the heart and pericardium. In Harvey, W.P. (ed) Current Problems in Cardiology. Vol 4 pp. 1-51, 1979.
- 3.- Bulkley, B.H., and Hutchins, G.M.: Atrial myxomas: a fifty years review. Am. Heart J. 97: 639, 1979.
- 4.- Siltanen, P.; Tuuteri, L.; Norio, R.; Tala, P.; Ahrenberg, P. and Halonen, P.I.: Atrial myxoma in a family. Am. J. Cardiol. 38: 252, 1976.
- 5.- Daskoff, N.; Nanda, N.S. and others: Bilateral atrial myxomas. Echocardiographic considerations. Am. J. Med. 65: 361, 1978.
- 6.- Srivastana, T. N.; Fletcher, E.: The echocardiogram in left atrial myxoma. Am. J. Med. 54: 136, 1973.
- 7.- Goldberg, H.P.; Glenn, F.; Dotter, C.T.; and Steinberg, I.: Myxoma of the left atrium, diagnosis made during life with post-operative and post-mortem findings. Circulation 6: 762, 1952.
- 8.- Braunwald, E.: Heart Disease, A textbook of Cardiovascular Medicine. W.B. Saunders Co. Philadelphia.
- 9.- Feigenbaum, H.: Echocardiography. 3rd Ed. Lea & Febiger, Philadelphia.