

Mixoma: causa infrecuente de lipotimia

Myxoma: an infrequent cause of lipothymia

Recibido: enero 17 de 2018 | Revisado: marzo 26 de 2018 | Aceptado: mayo 24 de 2018

ARNALDO GELDRES ECHEVERRÍA^{1,2}
KEREN JEMINA GUZMÁN VALENCIA¹

RESUMEN

Los tumores cardiacos son raros con una incidencia que varía de 0.002% a 0.02%. La mayoría de ellos son benignos, con múltiples formas de presentación. La presencia de un tumor intracardíaco puede ser asintomático o sintomático, esto varía de acuerdo a las características del mismo. Los tumores intracardíacos son raros, más aún si son de origen primario. Si son primarios es más común que sean benignos y los más comunes entre estos son los mixomas. La ecocardiografía transtorácica (ETT) es la primera línea de diagnóstico de tumores intracardíacos al ser baratos, disponibles y portables. Los mixomas por ETT se observan como masas móviles con ecogenicidad heterogénea y calcificaciones ocasionales. La resonancia magnética cardiaca nos brinda diversos patrones que pueden distinguir no invasivamente si la masa es un tumor o un trombo. Se presenta el caso de una mujer de 43 años, quien presentó múltiples episodios de lipotimia asociado a otros síntomas. En su evaluación inicial no tuvo un diagnóstico correcto; sin embargo, luego de una evaluación cardiológica y utilizando correctamente las herramientas de diagnóstico, se llegó a la determinación de que era un mixoma auricular.

Palabras clave: mixoma, lipotimia, ecocardiografía

ABSTRACT

Cardiac tumors are rare with an incidence ranging from 0.002% to 0.02%. Most of them are benign, with multiple forms of presentation. The presence of an intracardiac tumor can be asymptomatic or symptomatic, this varies according to its characteristics. Intracardiac tumors are rare, especially if they are of primary origin. If they are primary, it is more common for them to be benign and the most common among these are myxomas. Transthoracic echocardiography (TTE) is the first line of diagnosis of intracardiac tumors because they are cheap, available and portable. Myxomas due to ETT are observed as mobile masses with heterogeneous echogenicity and occasional calcifications. Cardiac magnetic resonance gives us different patterns that can distinguish non-invasively if the mass is a tumor or a thrombus. We present the case of a 43-year-old woman, who presented multiple episodes of lipothymia associated with other symptoms. In her initial evaluation she did not have a correct diagnosis; however, after a cardiological evaluation and using the diagnostic tools correctly, it was determined that it was an atrial myxoma.

Key words: myxoma, lipothymia, echocardiography

1 Hospital Nacional Luis N. Sáenz. PNP-
Departamento de Cardiología
2 E-mail: arnaldo_geldres@hotmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.24039/cv201861257>

Introducción

Los tumores cardiacos son raros con una incidencia que varía de 0.002% a 0.02%. La mayoría es benigno (Novak M, et al; 2017), con múltiples formas de presentación por lo que a pesar de su rareza es importante tenerlos como diagnóstico diferencial ante un paciente que presente sintomatología cardiaca sin factores de riesgo cardiovasculares.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente mujer de 43 años sin antecedentes cardiovasculares previos, quien presentó seis meses de sintomatología caracterizada por disnea progresiva, ortópnea, disnea paroxística nocturna, edema de miembros inferiores, náuseas y vómitos, hiporexia y distensión abdominal, pérdida de aproximadamente 6 kg de peso y múltiples episodios de lipotimia, motivo por el cual desde hace tres meses acudió a diversos establecimientos de salud donde le encontraron derrame pleural derecho el cual fue drenado en dos oportunidades.

Se realizaron los estudios correspondientes y encontró que era trasudado. Recibió como tratamiento: simeticona 80 mg condicional y dimenhidrinato 50 mg condicional; sin embargo, ante la persistencia de los síntomas acudió a una clínica particular donde le realizaron diversos estudios, entre ellos una ecografía abdominal donde destacó hepatomegalia, y ecocardiografía transtorácica que evidenciaba masa en aurícula izquierda de 4 x 5 cm adherida a base en septum interauricular y que se desplazaba durante la diástole.

Por estos motivos, fue transferida a nuestro hospital donde se le evaluó y halló en el aparato cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos, adecuada intensidad, s3 (+), s4 (-). Se auscultó un soplo sistodiastólico IV/VI en foco mitral, ingurgitación yugular ++/+++, aparato respiratorio: murmullo vesicular disminuido en el tercio inferior del hemitórax derecho, en el aparato gastrointestinal: distensión abdominal, borde hepático palpable a nivel de 3 cm.

por debajo de línea media clavicular, doloroso a la palpación a ese nivel, reflujo hepatoyugular positivo en tejido celular subcutáneo, edema con fóvea ++ hasta rodillas. En el electrocardiograma (EKG) se observan ritmo sinusal, bloqueo completo de rama derecha del haz de his (BCRDHH) y signos de crecimiento biauricular.

Se le realizó una ecocardiografía transtorácica (ETT) y halló dilatación de aurícula izquierda con un volumen 92 mL (volumen indexado 63 mL/m² de área de superficie corporal) con una masa de 69x38 mm de bordes definidos y volumen 54 cc y contenido homogéneo con base en septum interatrial que en diástole protruye hacia ventrículo izquierdo, lo que producía obstrucción parcial del tracto de entrada del ventrículo izquierdo (Figuras 1, 2) y posteriormente ecocardiografía transesofágica (ETE) la cual corrobora las dimensiones de la masa en aurícula izquierda y la describe como una masa de aspecto heterogéneo y bordes poco definidos y pobre vascularización (Figuras 3 y 4)

Se inició la terapia de falla cardiaca derecha, y debido al alto riesgo de muerte súbita, se decidió enviarla a cirugía de urgencia, la cual se realizó sin complicaciones. El resultado de la patología informó que el tumor intracardiaco macroscópicamente era de 9.7x 6.5x 2.5cm y microscópicamente era una neoplasia mesenquimal con cambios mixoides y hemorragia compatible con mixoma.

Luego del tratamiento quirúrgico, la paciente evolucionó favorablemente. Su clase funcional ha mejorado y se ha reintegrado a sus actividades cotidianas. Las Figuras 5 y 6 muestran su electrocardiograma y ecocardiografía transtorácica dos meses después de la intervención.

La presencia de un tumor intracardiaco puede ser asintomático o sintomático. Esto varía de acuerdo al tamaño, localización y comportamiento (invasión, síntomas sistémicos asociados). Los tumores ubicados en la aurícula izquierda son aquellos que tienden

a simular una valvulopatía mitral que puede generar insuficiencia cardiaca (Cabrera H, et al, 2010) y/o hipertensión pulmonar secundaria. Ambas entidades fueron presentadas por nuestra paciente siendo notoria la presencia de falla cardiaca derecha con fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservado (Spartalis M; et al 2017).

Además de generar alteraciones hemodinámicas, los tumores pueden liberar fragmentos o trombos dentro de la circulación sistémica. La complicación más seria es un émbolo al SNC, y podría ser esta la manifestación inicial de la presencia de un tumor intracardiaco, como fue encontrado en una serie de casos (Lee V., et al, 2007).

La ecocardiografía transtorácica (ETT) es la primera línea de diagnóstico de tumores intracardiacos, por ser de bajo costo, fácil disponibilidad e inclusive portátil. La ETT no solo permite evaluar las relaciones anatómicas, sino que nos permite realizar evaluaciones hemodinámicas. En nuestra paciente fue muy importante evaluar el compromiso valvular debido a la protrusión de la masa auricular a través de la válvula mitral hacia el ventrículo izquierdo, lo que producía oclusión parcial del tracto de entrada del ventrículo izquierdo (Palaskas N., et al, 2018).

Los tumores intracardiacos son raros, más aún si son de origen primario. Si son primarios es más común que sean benignos. Los más comunes entre estos son los mixomas, los cuales comúnmente se originan en la aurícula con base en la fosa oval. De estos, el 80 % se encuentra en la aurícula izquierda, principalmente, en edades de 30 a 40 años (Bowman J., et al, 2017).

Macroscópicamente son pedunculados y de consistencia gelatinosa. Varían en tamaño entre 1 a 15 cm de diámetro; los que son friables o vellosos tienden a causar embolia, mientras que los de mayor tamaño causan compromiso hemodinámico, lo cual puede encontrarse hasta en un 69% de pacientes. Además, pueden observarse síntomas constitucionales (fiebre, pérdida de peso) hasta en

un 34% de pacientes como en el caso de nuestra paciente que fueron confundidos con la sintomatología de una tuberculosis (Pinede L, et al; 2001).

En suma, el compromiso ya sea por embolia, estenosis mitral con disminución del flujo auriculoventricular u obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo ha sido reportado como causa de lipotimia, síncope y aún muerte súbita (Rajani A., et al, 2015).

Los mixomas por ETT se observan como masas móviles con ecogenicidad heterogénea con calcificaciones ocasionales. Para evaluar la ubicación y morfología de una mejor manera se realiza la ecocardiografía transesofágica (ETE). (Palaskas N, et al; 2018). En nuestra paciente, la ETE nos permitió definir mejor las características de la masa en aurícula izquierda, las cuales eran compatibles con el mixoma obstructivo, debido a que el área efectiva mitral medida por THP fue menor a 3 cm², y a su vez permitió valorar características embolígenas. En este caso, el mixoma presentaba características embolígenas debido a que algunos bordes eran irregulares, de aspecto heterogéneo y móvil.

La resonancia magnética cardiaca nos brinda diversos patrones que pueden distinguir no invasivamente si la masa es un tumor o un trombo. El tumor tiene realce mientras que el trombo no lo tiene. Los mixomas tienen el patrón de áreas con hiper e hipodensidad (aparición de una mora) (Lee V, et al; 2007). Sin embargo, en nuestra paciente debido a que la ecocardiografía transesofágica nos brindó suficientes características y por la necesidad de cirugía de urgencia ya no se realizó resonancia magnética cardiaca.

El manejo de estos tumores debido a su alto riesgo es quirúrgico (Palaskas N, et al; 2018). La resolución de los síntomas depende del compromiso cardiaco residual causado por el tumor, además de la presencia de hipertensión pulmonar. Por eso, es importante una evaluación global de los pacientes, para evitar diagnósticos tardíos que pongan en riesgo sus vidas.



Figura 1. Ecocardiografía transtorácica eje largo paraesternal, donde se observa masa que ocluye el tracto de entrada del ventrículo izquierdo.

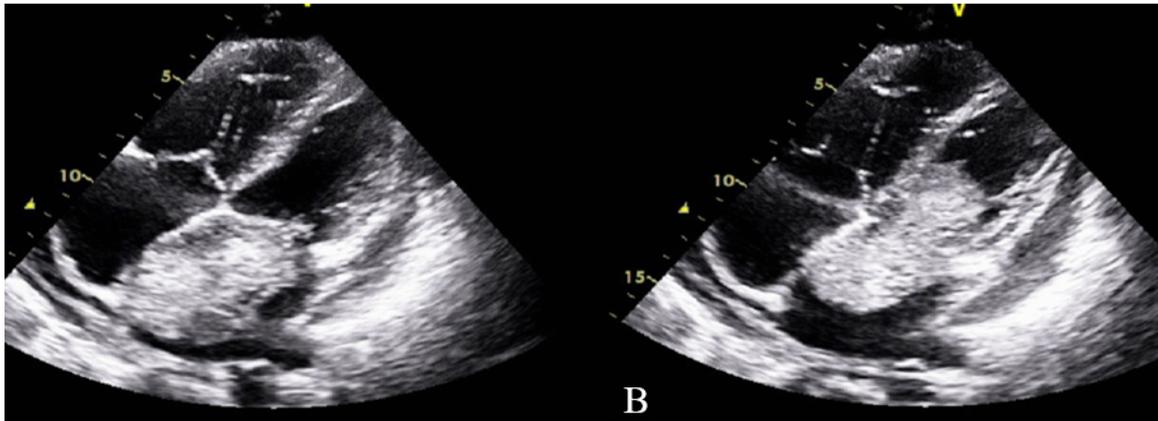


Figura 2: Ecocardiografía transtorácica vista apical cuatro cámaras. A: Masa en aurícula izquierda durante sístole y B: Masa en aurícula izquierda durante diástole ocluyendo el tracto de entrada del ventrículo izquierdo.

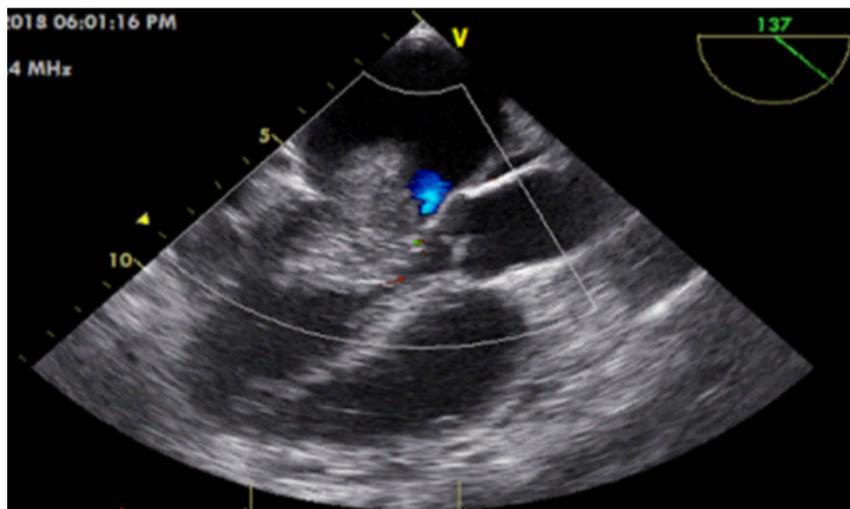


Figura 3. Ecografía transesofágica a 137°

Se evidencia masa de aspecto heterogéneo, bordes poco definidos y pobre vascularización.



Figura 4. Ecografía transefágica a 0 Se aprecia diámetros de VD incrementados.

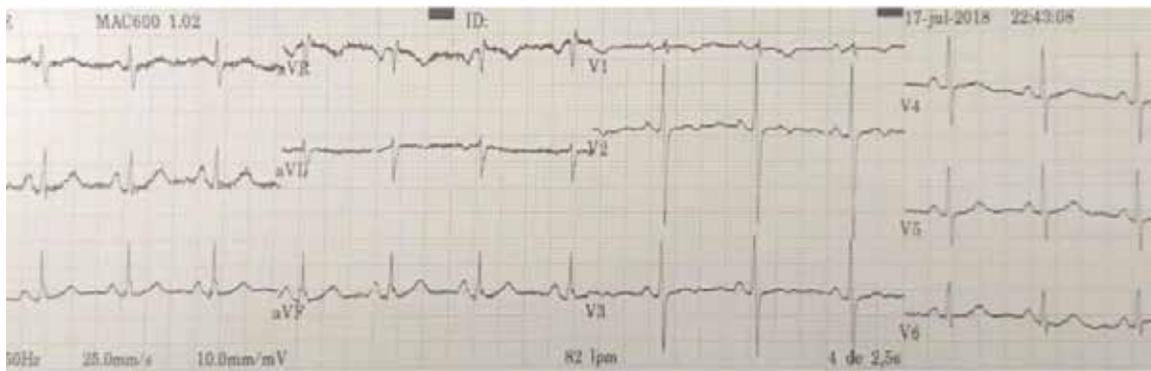


Figura 5. Electrocardiograma a dos meses post cirugía de extracción de tumor intracardiaco. Paciente en ritmo sinusal, aun se evidencia signos de crecimiento biauricular.

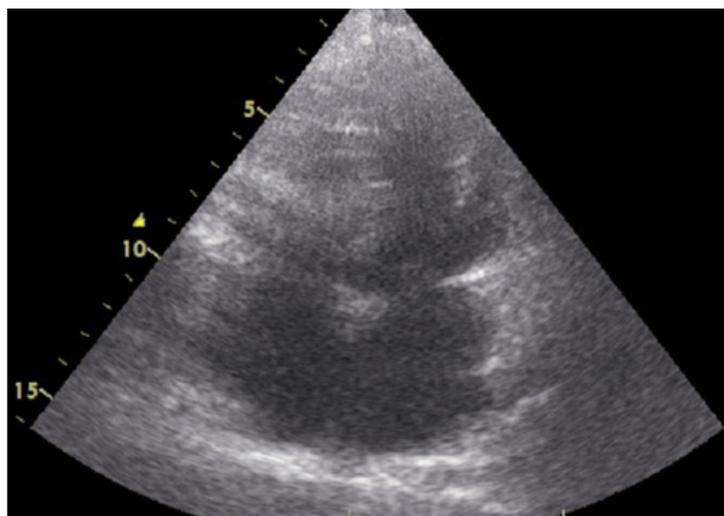


Figura 6. Ecocardiografía transtorácica vista apical cuatro cámaras, dos meses post cirugía de extracción de tumor, se evidencia volumen biauricular ligeramente incrementada.

Referencias

- Bowman J, Treece J, Bhattad P, Bochis M, Bajaj K. Giant Left Atrial Myxoma Masquerading as Cough-Syncope Syndrome. *J Investig Med High Impact Case Rep.* 2017; 5(3):2-4
- Cabrera H, Trindade e Silva LP, Gamboa C. Heart failure and syncope due to a giant atrial myxoma. *Rev Port Cardiol.* 2010 Feb;29(2):315-9
- Hahn R, Abraham T, Adamas M, Bruce C, Glas K, Lang R, et.al. Guidelines for Performing a Comprehensive Transthoracic Echocardiographic Examination: Recommendations from the American Society of Echocardiography and the Society of Cardiovascular Anesthesiologists. *J Am Soc Echocardiogr* 2013;26:923.
- Lee V, Connolly H, Brown R. Central nervous system manifestation of cardiac myxoma. *Arch Neurol.* 2007;64(8):1115
- Novak M, Fila P, Hlinomaz O, Zampachova V. The First Manifestation of a Left Atrial Myxoma as a Consequence of Multiple Left Coronary Artery Embolisms. *J Crit Care Med (Targu Mures).* 2017 Jul; 3(3): 111–117
- Palaskas N, Thompson K, Gladish G, Agha AM, Hassan S, Iliescu C, et.al. Evaluation and Management of Cardiac Tumors. *Curr Treat Options Cardiovasc Med.* 2018 Mar 20;20(4):29.
- Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore).* 2001; 80(3):159
- Rajani A, Muaz R, Govindaswamy P, Mian M. Arrhythmias are not to blame for all cardiac syncope patients: left atrial myxoma causing syncope in a middle-aged man. *BMJ Case Reports* 2015;publi-
- shed online 15 April 2015, doi:10.1136/bcr-2014-209119
- Samoš M, Kňazeje M, Dvorský J, Kovář F, Galajda P, Mokáň M. Syncope as first and only sign of left atrial myxoma. *Vnitr Lek.* 2013;59(2):132-5
- Spartalis M, Tzatzaki E, Spartalis E, Moris D, Athanasiou A, Kyrzopoulos S, Tsiapras D, Kalogris P, Voudris V Atrial Myxoma Mimicking Mitral Stenosis. *Cardiol Res.* 2017 Jun;8(3):128-130.