

CASO CLÍNICO

Abordaje diagnóstico y terapéutico de un mixoma atrial gigante izquierdo: la importancia de la alta especialidad en Chiapas: reporte de caso

Peralta-Pineda, E.^a; Fuentes-Malo, E. J.^a; Gómez-Cruz, R. A.^a; Galván-Becerril, J. R.^a; Mendoza-Selvas, M. Z.^a; Escobar-Díaz, P. S.^a; Hernández-Sánchez, V. I.^a; Lozano-Orozco, J.^a; Overa-Sandoval, M.^a; Sepúlveda-Delgado, J.^{a}*

RESUMEN

Introducción: Los tumores cardíacos primarios son raros, representando menos del 0,03% de los casos. Los mixomas son los más comunes y pueden causar arritmias, obstrucción del flujo sanguíneo, fenómenos embólicos y síntomas generales. Los mixomas de la aurícula izquierda son los más frecuentes y pueden llevar a complicaciones graves, como insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular y muerte súbita. Un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado son fundamentales para evitar consecuencias fatales. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de insuficiencia cardíaca descompensada con síntomas de estenosis mitral severa, atribuibles a un mixoma auricular gigante que afecta tanto la aurícula como el ventrículo izquierdo. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 55 años, con antecedentes de dislipidemia, sin factores de riesgo cardiovascular. Presenta disnea, dolor torácico opresivo, palpitaciones y síncope que empeoran en 8 meses. Se diagnostica insuficiencia cardíaca y estenosis mitral grave, junto con una masa en la aurícula izquierda que afecta la válvula mitral. Se realiza cirugía urgente para extraer el tumor, reconstruir el tabique intraauricular y tratar la insuficiencia cardíaca postoperatoria en UCI. **Resultados y Discusión:** En la revisión médica, se evaluó que la paciente tenía un alto riesgo de muerte súbita, por lo que se realizó de urgencia la extracción del tumor, de 4.7 cm, en la aurícula y ventrículo izquierdos, con reconstrucción del tabique intraauricular. El mixoma cardíaco es una neoplasia primaria poco frecuente que requiere cirugía inmediata, especialmente en la aurícula izquierda, donde las complicaciones graves son más comunes. Un diagnóstico temprano y su extirpación quirúrgica son cruciales para reducir la mortalidad. La vigilancia postoperatoria es clave, ya que las recurrencias pueden ocurrir en el 5% de los casos. Las imágenes ecocardiográficas, tomográficas y de resonancia magnética son fundamentales para el diagnóstico y planificación quirúrgica.

Palabras Clave: Mixoma atrial, Insuficiencia Cardíaca, Estenosis Mitral, Cirugía Cardíaca, Cardiomiopatía.

<https://doi.org/10.64507/janvrw24>

* Hospital de Alta Especialidad Ciudad Salud, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar).

INTRODUCCIÓN

Los tumores cardíacos son entidades poco frecuentes en medicina. Los tumores primarios del corazón son entidades raras con una incidencia estimada de menos del 0,03% de los cuales el 75% son benignos y la mitad de ellos son mixomas (1). Los mixomas cardíacos (MC) son la estirpe más común de tumor cardíaco primario en adultos, presentan una incidencia entre 0,0017% y 0,28% y una prevalencia < 5 por 10.000 casos documentados en necropsias, los cuadros sintomáticos varían mucho y pueden presentarse con arritmias, obstrucción del flujo intracardiaco, fenómenos embólicos sistémicos y síntomas constitucionales asociados que, si no se tratan, pueden derivar en complicaciones más graves como insuficiencia cardíaca congestiva, accidente cerebrovascular embólico y muerte súbita (2, 3).

Generalmente ocurren entre la tercera y sexta décadas de la vida y tienen una preponderancia femenina; la aurícula izquierda (LA) es el sitio de origen más común (75-80%), seguida de la aurícula derecha múltiples MC representan el 5% de todos los MC, y sólo el 50% de ellos son de origen bilateral (2, 3).

Hay 2 tipos de MC: El tipo simple o de aparición esporádica (AE), el más común, representando el 95% de todos los MC. Su mayor prevalencia es a los 56 años, con un riesgo del 1 al 3% de desarrollar recurrencia y el MC tipo 2 conocido por su relación a formas familiares autosómicas dominantes, como el Complejo Carney, estos tipos de MC tienen una distribución anatómica atípica que es diferente a la AE, aparecen a los 25 años de edad, en promedio, y tienden a ser múltiples en el 45% de los casos, con una tasa de recurrencia del 15% al 22% (4, 5).

Se debe considerar al mixoma auricular en la evaluación clínica como una causa olvidada de disnea, dolor torácico, hemoptisis, síncope, arritmias o déficits neurológicos. Es conocido como el gran enmascarador porque puede imitar síntomas tanto del tipo sistémico como a nivel cardiovascular, por lo que su importancia radica en exponer su presencia en el diagnóstico diferencial. El diagnóstico diferencial de los mixomas incluye trombo, hipertrofia lipomatosa del tabique intraauricular y otras masas

cardíacas (lipoma, angiosarcoma, fibroma, paraganglioma, linfoma, rabdomiosarcoma y metástasis de tumores secundarios) (6, 7).

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 55 años con antecedente de dislipidemia hace 1 año de diagnóstico, sin otros factores de riesgo ni historia cardiovascular conocidos, niega enfermedades crónicas degenerativas u otros antecedentes de relevancia, refiere un cuadro clínico de aproximadamente 8 meses consistente en astenia, adinamia, disnea de grandes a medianos esfuerzos asociada a dolor torácico opresivo retroesternal no irradiado de moderada intensidad y sensación de palpitaciones, en los últimos dos meses tiene evolución clínica tórpida con deterioro de su clase funcional al reposo, edema de miembros inferiores, síncope, respuesta vasovagal, palpitaciones y dolor anginoso severo 9/10 en la Escala Visual Análoga (EVA), irradiado a mandíbula izquierda que desaparecía con el reposo. A la exploración física: alerta, afebril, tranquila, facies de Corvisart, cianosis periférica, aumento de la amplitud de pulso sin plétora yugular, área pulmonar con adecuada aireación sin integrar síndrome pleuropulmonar, precordio normodinámico rítmico, 1er ruido brillante, 2do ruido duplicado por chasquido de apertura con soplo holosistólico mitral I/V y retumbo largo que modifica con maniobras; se evidencia de S3, sin S4 frote o galope, abdomen blando sin signos de irritación peritoneal, extremidades íntegras sin edema, llenado capilar normal.

Es referida a nuestra institución por hallazgos clínicos de insuficiencia cardíaca NYHA III y estenosis mitral grave, a su ingreso se encuentran hallazgos ecográficos de FEVI 69% con masa tumoral izquierda de 52 x 47 mm con protrusión a válvula mitral condicionando gradiente alto de estenosis de la misma por efecto de tumor, datos de insuficiencia tricúspidea e hipertensión pulmonar PSAP 68 mmHg VD TAPSE 18 mm, EKG ritmo sinusal FC 70 x min seg pr 160 ms a QRS + 125° sin vectores de isquemia lesión o necrosis con trastornos inespecíficos de repolarización, datos compatibles con HVD Bloqueo de rama derecha y Onda p mitral, Evidencia de cardiomegalia Grado II en Radiogra-

fia de Tórax, y en la analítica sanguínea destacaban datos de colestasis con congestión hepática. Ingresó a protocolo quirúrgico para exéresis tumoral, se le realiza coronariografía diagnóstica con hallazgos de TCI trifurcado, flujo distal TIMI 3, DA tipo 3 de

GENSSINI, fístula a cavidad auricular izquierda con anastomosis de arteria del cono de CD, la fístula de aurícula izquierda presenta imagen sugestiva de tumoración en aurícula izquierda que recibe flujo de CD y CX con medio de contraste (**Imagen 1 y 2**).

Imagen 1. Ecocardiograma (4 cámaras)

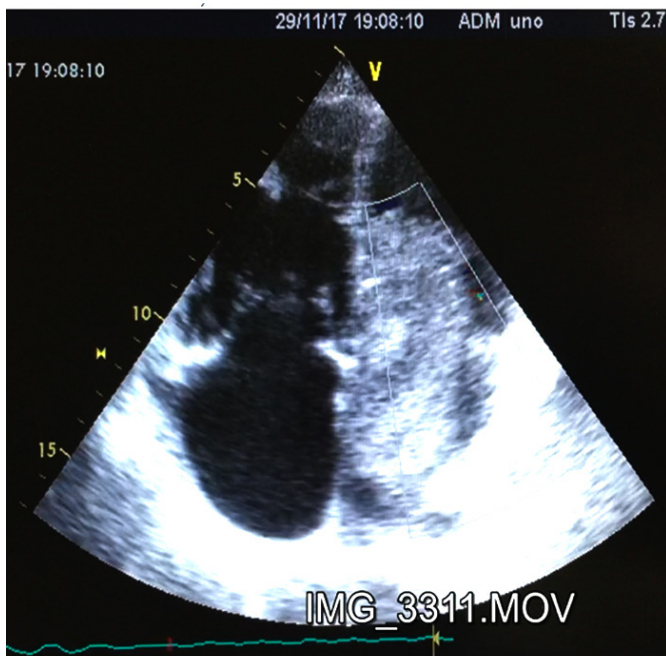


Imagen 2. Eje largo Ecocardiograma



Mixoma auricular gigante que compromete funcionalidad de válvula mitral y ventrículo izquierdo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A la revisión de caso en sesión médico-quirúrgica se considera condición crítica con alto riesgo de muerte súbita a corto plazo por lo que se realiza de forma urgente exéresis del tumor encontrando de aurícula y ventrículo izquierdo de más de 10.3 cm con reconstrucción de tabique intraauricular, colocación de electrodos de marcapaso temporal, recibe manejo en UCI por 5 días, con paso a cuidado de piso presentando congestión pulmonar datos de sobrecarga hemodinámica y un episodio de fibrilación ventricular que se limitó con aumento de frecuencia de marcapaso, posteriormente se ajusta manejo de insuficiencia cardíaca mejora de condiciones hemodinámicas con alta médica con mejoría y rehabilitación cardiovascular Fase III ambulatoria (5, 8, 9) (**Imagen 3**).

Imagen 3. Mixoma Auricular Gigante



El mixoma cardíaco es el tumor cardíaco benigno más frecuente y representa el 50% de todos los tumores primarios cardíacos. La presentación clínica varía según el tamaño y si el tumor causa obstrucción, simulando estenosis valvular, arritmias o embolia (4, 6).

Las manifestaciones clínicas de los mixomas cardíacos dependen de su tamaño, ubicación, fragilidad y movilidad. Los mixomas de la aurícula izquierda típicamente causan síntomas por obstrucción de la entrada o salida de sangre, por lo que pueden conducir a eventos embólicos y causar síntomas relacionados con efectos constitucionales del tumor como fatiga, pérdida de peso y fiebre. Los mixomas de aurícula derecha son muy raros, y generalmente asintomáticos o a veces pueden presentarse con disnea como causa muy rara de insuficiencia cardíaca (5, 8, 9).

CONCLUSIONES

El mixoma cardíaco es el tipo más común de neoplasia cardíaca primaria y da cuenta del 30% al 50% de todos los tumores primarios del corazón con una incidencia anual de 0,5 por millón de habitantes. Los tumores cardíacos metastásicos son más comunes que los tumores cardíacos primarios. La mayoría de los mixomas se presentan con manifestaciones constitucionales, embólicas y obstructivas (8).

Actualmente, no existe un tratamiento médico efectivo que detenga el crecimiento del tumor; por lo tanto, la escisión quirúrgica de la masa tumoral es la mejor modalidad de tratamiento. La terapia definitiva para los mixomas cardíacos es la extirpación quirúrgica, especialmente para los del lado izquierdo, incluso cuando son asintomáticos, y los pacientes deben ser monitoreados de cerca ya que pueden recaer en el 5% de los casos tratados (10, 11).

REFERENCIAS

1. M. U. Ali y J. Finkel, «Atrial Myxoma», *N. Engl. J. Med.*, vol. 379, n.o 16, p. e26, oct. 2018, doi: 10.1056/NEJ-Micm1802693.
2. S. Shrestha, A. Raut, A. Jayswal, R. S. Yadav, y C. M. Poudel, «Atrial myxoma with cerebellar signs: a case report», *J. Med. Case Reports*, vol. 14, n.o 1, p. 29, feb. 2020, doi: 10.1186/s13256-020-2356-5.
3. U. S. Dinesh Kumar, M. Wali, S. P. Shetty, y K. R. Sujay, «Left atrial myxoma - A tumor in transit», *Ann. Card. Anaesth.*, vol. 22, n.o 4, pp. 432-434, 2019, doi: 10.4103/aca.ACA_232_18.
4. L. A. Cervantes-Molina, D. Ramírez-Cedillo, I. D. Masini-Aguilera, J. G. López-Taylor, M. Machuca-Hernández,

y D. O. Pineda-De Paz, «Recurrent Atrial Myxoma in a Patient with Carney Complex. A Case Report and Literature Review», *Arq. Bras. Cardiol.*, vol. 114, n.o 4 Suppl 1, pp. 31-33, abr. 2020, doi: 10.36660/abc.20190405.

5. L. Abdulmajid, H. El Addouli, B. Paelinck, y D. De Bock, «Natural Growth of Left Atrial Myxoma», *Ann. Thorac. Surg.*, vol. 111, n.o 4, pp. e275-e277, abr. 2021, doi: 10.1016/j.athoracsur.2020.06.088.
6. D. K. Kalra, M. Hemu, S. Kyung, V. Reddy, A. Rao, y A. Volgman, «Atrial myxoma-the Great Masquerader», *QJM Mon. J. Assoc. Physicians*, vol. 112, n.o 5, pp. 363-364, may 2019, doi: 10.1093/qjmed/hcz042.
7. G. Ma, D. Wang, Y. He, R. Zhang, Y. Zhou, y K. Ying, «Pulmonary embolism as the initial manifestation of right atrial myxoma: A case report and review of the literature», *Medicine (Baltimore)*, vol. 98, n.o 51, p. e18386, dic. 2019, doi: 10.1097/MD.0000000000018386.
8. J. Bernatchez, V. Gaudreault, G. Vincent, y P. Rheume, «Left Atrial Myxoma Presenting as an Embolic Shower: A Case Report and Review of Literature», *Ann. Vasc. Surg.*, vol. 53, p. 266.e13-266.e20, nov. 2018, doi: 10.1016/j.avsg.2018.04.024.
9. G. Cumineti, M. L. Lutea, E. L. De Keyzer, y M. Morissens, «Right atrial pedunculated mass: myxoma or thrombus?», *J. Cardiovasc. Med. Hagerstown Md*, vol. 20, n.o 2, pp. 105-106, feb. 2019, doi: 10.2459/JCM.000000000000739.
10. E. Burgos, J. Bermúdez, y W. Chávez, «Atrial myxoma related with ischemic cerebrovascular event», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 151, n.o 12, pp. e69-e70, dic. 2018, doi: 10.1016/j.medcli.2018.04.004.
11. G. P. Fitzgerald, J. J. Coughlan, Z. Satti, y S. Arnous, «Atrial myxoma presenting as infective endocarditis», *BMJ Case Rep.*, vol. 2018, pp. bcr2017223656, bcr-2017-223656, mar. 2018, doi: 10.1136/bcr-2017-223656.