

Estenosis mitral grave por mixoma auricular izquierdo gigante en paciente geriátrico

Dr. Serguey Piña Fernández¹✉, Dra. Aidee M. Laborde Angulo², Dra. Actheinay Cruz Cobo³, Dr. José J. Carrera Borrego⁴ y Dr. José I. Ramírez Gómez¹

¹ Servicio de Cardiología, Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro. Villa Clara, Cuba.

² Servicio de Cardiología, Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

³ Servicio de Cirugía Plástica y Caumatología, Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro. Villa Clara, Cuba.

⁴ Servicio de Cardiología, PSH Mario Muñoz Monroy. Rafael Freyre, Holguín, Cuba.

Full English text of this article is also available

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 12 de abril de 2021

Aceptado: 27 de mayo de 2021

Online: 30 de junio de 2021

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Imágenes

Las imágenes de exámenes complementarios se muestran con el consentimiento, en vida, de la paciente.

RESUMEN

Los mixomas son los tumores benignos más comunes del corazón y aproximadamente el 75% de ellos se encuentra en la aurícula izquierda. Constituyen una enfermedad poco frecuente en la práctica clínica y su prevalencia es de alrededor de 0,2% del total de neoplasias humanas. Se presenta el caso de una mujer de 77 años de edad con antecedentes patológicos personales de diabetes mellitus, hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva de larga evolución, que fue hospitalizada en el servicio de geriatría con diagnóstico de bronconeumonía extrahospitalaria, por presentar astenia marcada, anorexia, disnea a pequeños esfuerzos, tos no productiva y pérdida de peso de aproximadamente 10 kilogramos en 3 meses. Se realizó ecocardiograma que mostró la presencia de un mixoma gigante de atrio izquierdo que provocaba una estenosis mitral grave.

Palabras clave: Mixoma, Tumores cardíacos, Atrio izquierdo, Estenosis mitral

Severe mitral stenosis due to giant atrial myxoma in a geriatric patient

ABSTRACT

Myxomas are the most common benign tumors in the heart and approximately 75% of them are found in the left atrium. They represent a rare disease in clinical practice and their prevalence is of around the 0.2% of all human neoplasms. We present the case of a 77-year-old woman with personal pathological history of diabetes mellitus, high blood pressure and long-standing hypertensive heart disease who was admitted in the department of geriatrics with diagnosis of community-acquired bronchopneumonia presenting marked asthenia, anorexia, dyspnea on slight exertion, non-productive cough, and weight loss of approximately 10 kg in three months. An echocardiogram was performed that showed the presence of giant myxoma in the left atrium causing severe mitral stenosis.

Keywords: Myxoma, Cardiac tumors, Left atrium, Mitral stenosis

✉ S Piña Fernández

Carretera Acueducto # 266B, e/ 7ª y

11ª. Reparto Domínguez

Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Correo electrónico:

serguey.ph83@nauta.cu

INTRODUCCIÓN

Los mixomas son los tumores benignos más comunes del corazón y aproximadamente el 75% de ellos se encuentra en la aurícula izquierda. Constitu-

yen una enfermedad poco frecuente en la práctica clínica y su prevalencia es de alrededor de 0,2% del total de neoplasias humanas. La mayoría de las veces aparecen en adultos de 30 a 60 años de edad, aunque puede verse en todos los grupos de edades desde neonatos hasta longevos. El 65% se produce en mujeres^{1,2}.

Los mixomas pueden ser esporádicos o presentarse como parte de complejos síndromes familiares que se heredan de forma autosómica dominante, con afectación cutánea y endocrina, como el síndrome de Carney; una forma de presentación «menos benigna», pues existen mixomas múltiples y con alta posibilidad de recurrencia³.

En dependencia de su localización pueden tener diferentes manifestaciones clínicas, como estenosis mitral, endocarditis infecciosa subaguda y vasculitis. La presentación más común incluye 3 tipos de síntomas: 1) obstructivos, relacionado con la válvula mitral; 2) embolia, frecuentemente cerebral; y 3) sistémicos, con manifestaciones no específicas como fiebre o cansancio⁴.

Las principales técnicas utilizadas para el diagnóstico incluyen ecocardiografía, resonancia magnética y tomografía⁵. El tratamiento es, habitualmente, quirúrgico; que debe ser oportuno para evitar futuras complicaciones, y consiste en la resección completa del tumor intracardiaco⁶.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 77 años de edad, piel blanca y procedencia urbana, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía hipertensiva, de 25, 24 y 10 años de evolución, respectivamente; además, había sido intervenida quirúrgicamente por un carcinoma papilar de tiroides 23 años antes. Cumplía tratamiento farmacológico con amlodipino, clopidogrel, furosemida, glibenclamida y levotiroxina sódica para el control de sus enfermedades de base, con seguimiento regular por cardiología, endocrinología, nefrología y geriatría.

En esta ocasión fue hospitalizada en el servicio de geriatría del Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro de Santa Clara, Cuba, por presentar astenia marcada, falta de aire ante pequeños esfuerzos y tos persistente, no productiva, que había aparecido 15 días previos al ingreso, la cual se exacerbaba en las noches y se fue incrementando progresivamente. Refirió, además, anorexia y pérdida



Figura 1. Radiografía de tórax (telecardiograma).

de peso de aproximadamente 10 kg en 3 meses.

Al examen físico se constata mala tolerancia al decúbito, a pesar de mantenerse en posición de Fowler a 45° y el uso de oxígeno suplementario por catéter nasal, polipnea marcada (28 respiraciones por minuto) y murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, con estertores crepitantes a ese nivel. La frecuencia cardíaca era de 123 latidos por minuto y la tensión arterial, de 100/60 mmHg.

Los exámenes de laboratorio evidenciaron hiperglucemia, alcalosis respiratoria e hipopotasemia leve. En la radiografía de tórax se observó una radiopacidad de aspecto congestivo/inflamatorio en el tercio inferior de ambos campos pulmonares, hilió ingurgitados, rectificación del arco medio de la pulmonar y área cardíaca dentro de límites normales (**Figura 1**). El electrocardiograma mostró la taquicardia sinusal descrita, con PR 140 milisegundos (ms), QRS 100 ms y QT 458 ms, sin alteraciones del segmento ST.

Con la impresión diagnóstica de bronconeumonía extrahospitalaria, se comenzó tratamiento con antimicrobianos; pero, debido a la pobre respuesta terapéutica, se interconsulta el caso con cardiología y a la auscultación se encontró la presencia de arrastre diastólico largo en el ápex.

Se realizó un ecocardiograma transtorácico (**Figura 2**) en el que se observó una imagen ecogénica de bordes regulares, bien definidos, con una densidad acústica similar a las paredes miocárdicas, que medía 57 × 45 mm (área 21,27 cm²) y ocupaba el 67,09% del área del atrio izquierdo. Estaba adosada a la fosa oval, con una base ancha, pero su gran tama-



Figura 2. Ecocardiograma transtorácico (vista subxifoidea de 4 cámaras) donde se observa la masa intracardiaca que corresponde a un mixoma auricular izquierdo de grandes dimensiones.

ño le confería movilidad y producía obstrucción de la válvula mitral durante la diástole (**Video [material suplementario]**), por lo que se comportaba como una estenosis mitral grave con un gradiente máximo de 40,5 mmHg y medio de 15,6 mmHg. La función sistólica de ambos ventrículos era normal.

Se consideró que la masa correspondía a un mixoma gigante de la aurícula izquierda por lo que se coordinó con el servicio de cirugía cardiovascular y se indicó el chequeo preoperatorio, pero la paciente falleció antes de la intervención quirúrgica.

COMENTARIO

La aurícula izquierda es asiento frecuente de masas cardíacas. Los mixomas son los tumores primarios más frecuentes del corazón, con predilección por las cavidades izquierdas y, en especial, la aurícula izquierda (83%), donde generalmente se localiza cerca de la fosa oval, la valva anterior mitral o en la pared posterior; también pueden aparecer, en menor proporción, en la aurícula derecha (12,7%) o ser biauriculares (1,3%), comportamiento similar al observado en Cuba^{7,8}.

Aunque desde el punto de vista histológico los mixomas son tumores benignos, su «malignidad» radica en las posibles complicaciones embólicas, el tamaño, la movilidad y su localización estratégica que puede producir alteraciones graves. A pesar de que su evolución es lenta, hay estudios que demuestran la rápida progresión y crecimiento en al-

gunos casos, donde pueden llegar a ser mortales⁹. La presentación clínica, por tanto, es polimórfica y puede semejar otras enfermedades, lo que hace difícil el diagnóstico diferencial; hecho que lo convierte «en el gran simulador» en la cardiología^{3,7}.

Los mixomas esporádicos tienen una evolución variable y habitualmente producen síntomas atribuibles a una valvulopatía mitral (43% de los casos) —como en el caso que se presenta—, embolias sistémicas (27%) y pulmonares (25%), muerte súbita (15%), arritmias como fibrilación atrial (15%) y, en menor medida, pericarditis (0,03%); pero también pueden cursar de forma totalmente asintomática (12%)^{10,11}. Además, pueden producir obstrucción al drenaje de las venas pulmonares (edema pulmonar) o las sistémicas (cava superior o inferior), y pocas veces obstruyen de forma intermitente el orificio de la válvula aurículo-ventricular, con la consecuente aparición de síntomas de bajo gasto cardíaco¹⁰. Una característica auscultatoria que se presenta en un 15% de los pacientes es el clásico «plop» tumoral, onomatopeya que describe el sonido producido por el prolapso del tumor hacia el ventrículo izquierdo a través de la válvula mitral¹. De forma general, su tríada clásica la constituyen los síntomas cardíacos obstructivos, los fenómenos embólicos sistémicos y los síntomas generales o constitucionales¹².

En el caso que se presenta, el tumor —por su gran tamaño (57 × 45 mm)— produjo síntomas compatibles con una estenosis mitral grave, con un soplo de arrastre audible en el ápex, y edema pulmonar que, probablemente favorecido por la descompensación de su enfermedad de base (diabetes mellitus), produjo un proceso infeccioso secundario que causó la bronconeumonía bacteriana extrahospitalaria, motivo por el cual se efectuó su ingreso.

Navarro y Fernández¹², en Colombia, publicaron un caso clínico similar, un hombre de 56 años de edad con un mixoma auricular izquierdo de gran tamaño, asociado a estenosis mitral dinámica grave por obstrucción de la válvula mitral. Este tumor debe sospecharse en todo paciente que presente¹:

- Signos de estenosis mitral sin antecedentes de fiebre reumática.
- Soplo audible de forma intermitente o que solo se perciba en determinadas posiciones del cuerpo.
- Fenómenos embólicos en presencia de ritmo sinusal.

Además, la obstrucción de la válvula mitral causada por un mixoma origina importantes consecuencias hemodinámicas que producen síntomas de

insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión pulmonar, síncope y muerte súbita¹³.

El método diagnóstico de elección es el ecocardiograma transtorácico, pues es preciso, confiable, barato, no invasivo, y no implica riesgo de fragmentación y embolización del tumor. Su sensibilidad es de 93%, mientras que alcanza el 97% con la técnica transesofágica¹. La ecocardiografía permite, además, conocer la localización, tamaño, extensión, y otras características del tumor, así como el gradiente transvalvular^{13,14}. Otros métodos imagenológicos de gran utilidad diagnóstica son la tomografía y la resonancia magnética que permiten añadir información sobre las características del tumor y el resto de las estructuras cardíacas⁵, así como distinguir entre un trombo y un tumor intracardiaco¹⁵. No obstante, la confirmación diagnóstica solo se logra con la evaluación histológica mediante biopsia¹⁶.

El tratamiento de elección de los mixomas es su remoción quirúrgica, pues una operación oportuna previene las complicaciones a corto y largo plazos. En la mayoría de los casos con disfunción valvular, como la del caso que se presenta, esta desaparece después de la resección completa del tumor; sin embargo, el propio mixoma de la aurícula izquierda puede causar una disfunción permanente de la válvula mitral al estar un largo período de tiempo en contacto estrecho con las valvas, lo que puede provocar distensión o rotura de las cuerdas tendinosas y dilatación del anillo, que conllevan a perpetuar el daño valvular, a pesar de una correcta resección del tumor¹⁴. Esta operación suele ser curativa; pero pueden aparecer recurrencias hasta en un 5% de los casos cuando la resección de la base tumoral es inadecuada. El pronóstico es excelente y la morbilidad quirúrgica es baja¹⁵⁻¹⁷.

BIBLIOGRAFÍA

- Vega Candelario R, Vega Jiménez J, Mirabal Rodríguez R, Rodríguez Sánchez LA. Varios diagnósticos en un paciente con mixoma auricular izquierdo: A propósito de un caso. *CorSalud* [Internet]. 2018 [citado 20 Mar 2021];10(1):94-100. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/298/648>
- Contreira Longatto F, Pereira Santos TSA, de Medeiros Soares MJ, Negrisoni J, Torres Leal TCA, Biselli B, et al. Upper vena cava syndrome secondary to giant atrial myxoma. *Rev Asoc Med Bras*. 2018;64(12):1077-80. [DOI]
- Pérez Domínguez JA, Aguilar Almaguer O, Infante Llovet JA, Infante Llovet JM, Rodríguez Peña MM, Pérez Oliva A. Mixoma auricular izquierdo. Informe de dos casos. *Multimed* [Internet]. 2019 [citado 20 Mar 2021];23(5):1133-42. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1372/1584>
- Jupalli A, Mubarak A, Iqbal AM, Atfeh M, Muddasir S. Atrial Myxoma Presenting as Positional Vertigo: A Case Report. *Cureus* [Internet]. 2019 [citado 24 Mar 2021];11(6):e4884. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.4884>
- Echeverri Marin DA, Durango Gutiérrez L, López Arteaga F, Fernández Ruiz R, Correa Londoño LA. Atrial myxoma in a patient with patent foramen ovale: evaluation with multimodal imaging. Case report. *Rev Mex Cardiol*. 2018;29(1):45-9.
- Sejas Claros A, Flores Choque CA, Alvarado Zeballos SM, Azareño Reyna R. Mixoma auricular complicado con hipertensión pulmonar severa e insuficiencia cardíaca descompensada: reporte de un caso. *Gac Med Bol* [Internet]. 2016 [citado 25 Mar 2021];39(2):103-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v39n2/v39n2a10.pdf>
- González Philippón JE, Cutillas Beatón D. Urgencias médicas generadas por tumoraciones intracardiacas primarias. *Rev Cuban Cardiol* [Internet]. 2016 [citado 28 Mar 2021]; 22(3):161-6. Disponible en: http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/660/html_55
- Pérez Barreda A, Alfonso Montero O, Román Fernández IM, Sánchez Valcárcel SM. Síndrome de hipertensión pulmonar secundario a mixoma auricular derecho, a propósito de un caso. *CorSalud* [Internet]. 2019 [citado 28 Mar 2021];11(4):342-7. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/410>
- Ravelo Dopico R, Rodríguez Londres J, Peña Ramos Y, Gamboa Hernández L, Ramírez López M, Rodríguez García M. Mixoma auricular derecho y enfermedad arterial coronaria. *Rev Cuban Cardiol* [Internet]. 2012 [citado 3 Abr 2021];18(4):212-6. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/234>
- Jarolin Figueredo J. Mixoma auricular izquierdo: manifestación por lipotimia y episodios sincopales de corta duración. *Rev Nac* [Internet]. 2017 [ci-

- tado 3 Abr 2021];9(2):84-90. Disponible en:
<http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v9n2/2072-8174-hn-9-02-00084.pdf>
11. Muñoz Cruz JF, Bairral Dias L, Rodrigues Neto JO, Almeida de Oliveira S. Mixoma gigante de átrio izquierdo. *Arq Bras Cardiol.* 1998;71(5):717-8. [DOI]
 12. Navarro OD, Fernández LJ. Estenosis mitral por mixoma auricular izquierdo. *Rev Colomb Cardiol.* 2016;23(4):304. [DOI]
 13. Avakian SD, Takada JY, Mansur Ade P. Giant obstructive left atrial myxoma resembling mitral valve stenosis. *Clinics (Sao Paulo).* 2012;67(7):853-4. [DOI]
 14. Laguna G, Arce N, Di Stefano S, Segura B, Blanco M, Castrodeza J, *et al.* Giant left atrial myxoma hiding severe preoperative mitral regurgitation. *Cardiol J.* 2018;25(5):652-4. [DOI]
 15. Daliakopoulos S, Tselio A, Maragiannis D, Giakoumakis K, Konstantinou K, Stergiani M, *et al.* Left atrial myxoma as a rare cause of cardiogenic shock in octogenarians: Report of a case and review of the literatura. *J Cardiol Cardiovasc Ther* [Internet]. 2017 [citado 10 Abr 2021];2(5):105-9. Disponible en:
<https://doi.org/10.19080/JOCCT.2017.02.555600>
 16. Schiele S, Maurer SJ, Pujol Salvador C, Vitanova K, Weirich G, Meierhofer C, *et al.* Left Atrial Myxoma. *Circ Cardiovasc Imaging* [Internet]. 2019 [citado 10 Abr 2021];12(3):e008820. Disponible en:
<https://doi.org/10.1161/circimaging.118.008820>
 17. Manzur F, Barbosa C, Puello A. Mixoma auricular izquierdo asociado a insuficiencia severa de válvula mitral en paciente de género femenino de 3 años de edad: reporte de caso. *Rev Colomb Cardiol.* 2011;18(6):345-9.