

ANALES MEDICOS

Volumen **50**
Volume

Número **2**
Number

Abril-Junio **2005**
April-June

Artículo:

Rabdomioma cardiaco neonatal

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Rabdomioma cardiaco neonatal

Guillermo Díaz Quiroz,* Juan Carlos Vázquez Minero,*
María del Sol García Ortigón,* Octavio Flores Calderón,* Abel Archundia García*

RESUMEN

Presentación de un caso con diagnóstico prenatal de rabdomioma cardiaco y obstrucción al llenado ventricular izquierdo. Fue operado con resección total del mismo; tuvo buena evolución.

Palabras clave: Rabdomioma neonatal, cirugía.

ABSTRACT

Presentation of a case of cardiac rhabdomyoma, prenatally diagnosed, resected, with good evolution.

Key words: Neonatal rhabdomyoma, surgery.

INTRODUCCIÓN

Los tumores cardiacos primarios son muy raros en neonatos y niños. El más común de ellos es el rabdomioma, el cual puede presentarse aislado o acompañado de esclerosis tuberosa denominándose enfermedad de Bourneville. En la mayoría de los casos este tumor no causa alteraciones hemodinámicas a los pacientes; pero en algunos ocasiona obstrucciones de la vía de salida del ventrículo izquierdo, lo que condiciona mortalidad prenatal y es por ello una indicación de cirugía de urgencia neonatal. El diagnóstico durante el embarazo es cada vez más frecuente y determina la necesidad de cirugía temprana.¹

Este artículo presenta un caso de rabdomioma intracardiaco con obstrucción del llenado ventricular izquierdo, sometido a cirugía con la cual se logró buen resultado.

CASO CLÍNICO

Se trata de recién nacido del sexo masculino producto de madre de 32 años de edad, en la tercera gesta, con adecuado control prenatal.

A las 30 semanas de gestación, mediante ultrasonido obstétrico, se detecta taquicardia fetal de 230 por minuto. Por esta razón, se lleva a cabo ultrasonido fetal de alta resolución con el cual se

detecta, además de la taquicardia, masa cardiaca de 9 x 9 mm, pediculada y móvil, en la aurícula izquierda.

Ingresa a este hospital, donde se le programa para interrupción del embarazo por cesárea a las 35 semanas de gestación. Al nacer, el producto tenía: 35.1 semanas de gestación, peso 2,600 g, APGAR 8-9, talla 46 cm, perímetro cefálico 33 cm, perímetro torácico 30 cm, perímetro abdominal 29 cm y pie 8 cm.

A la exploración física se registró recién nacido normocéfalo, sin cianosis, tórax con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia de 190 por minuto, campos pulmonares bien ventilados, abdomen blando depresible, no doloroso peristalsis presente, con adecuadas diuresis y evacuaciones.

Laboratorio: hemoglobina 14, leucocitos 12,000, glucosa 110, creatinina 0.7.

La radiografía de tórax evidenció cardiomegalia grado III y flujo pulmonar normal.

* Servicio de Cirugía Cardiovascular. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE.

Recibido para publicación: 05/01/05. Aceptado para publicación: 21/01/05.

Correspondencia: Dr. Juan Carlos Vázquez Minero
Edif. G-18, Ent. 2, Depto. 42, Lomas de Plateros, 01480 México, D.F.
Tel: 55-93-96-82. E-mail: minerojc@hotmail.com

Se hace ecocardiograma con *situs solitus*, concordanza auriculoventricular y ventriculoarterial normales, fracción de eyección de 60%, fracción de acortamiento de 29%, diámetro diastólico 20 mm, diámetro sistólico 14 mm, volumen telediastólico 13 mL, volumen telesistólico 5 mL y volumen sistólico 8 mL. Aurícula izquierda con tumoración de 9 x 9 mm, de bordes bien definidos con protrusión del 30% a través de la válvula mitral y obstrucción crítica del ventrículo izquierdo.

Se realiza cirugía con canulación bicaval a 30 grados de temperatura, abordaje transeptal por aurícula derecha, con un tiempo de pinzamiento aórtico de 24 minutos y un tiempo de derivación cardiopulmonar de 58 minutos. Se encuentra tumoración de color amarillento de 5 x 5 mm con origen en la comisura posteromedial de la válvula mitral, esta última de características normales. La tumoración es resecada en su totalidad (*Figura 1 y 2*). El reporte de patología es de rabdomioma cardíaco.

Ingresa a la sala de terapia intensiva pediátrica con tensión arterial media de 60 y frecuencia cardíaca de 150 por minuto en ritmo sinusal, con sonda mediastinal y pleural, con manejo a base de dopamina 5 µg/kg/minuto.

Evoluciona adecuadamente, por lo que es dado de alta de la sala de terapia intensiva a los 10 días y del hospital a los 21 días con control mediante consulta externa. A los tres meses se encuentra en condiciones normales y el control ecocardiográfico no muestra alteraciones.

DISCUSIÓN

Los tumores intracardiacos son una entidad rara; tienen incidencia de 0.02% y sólo uno de cada cuatro es maligno.¹

El rabdomioma es el tumor intracardiaco más frecuente en la edad pediátrica, 51 a 86% se relaciona con esclerosis tuberosa, en la mayoría de los casos (63%) se presenta asintomático al nacimiento sin detección prenatal. Los síntomas más frecuentes asociados son arritmias en 9-20%, destacándose las taquicardias supraventriculares, como en nuestro caso. En ocasiones existe soplo cardíaco (10-21%).^{2,3}

El diagnóstico prenatal se realiza en 20-33% de los casos; el momento en el que se realiza el diag-

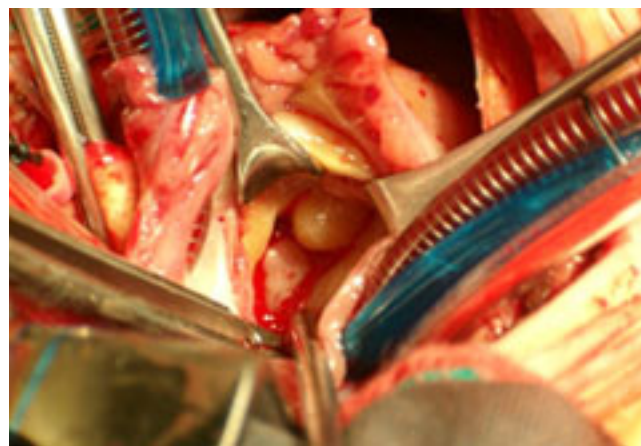


Figura 1. Rabdomioma intracardiaco.

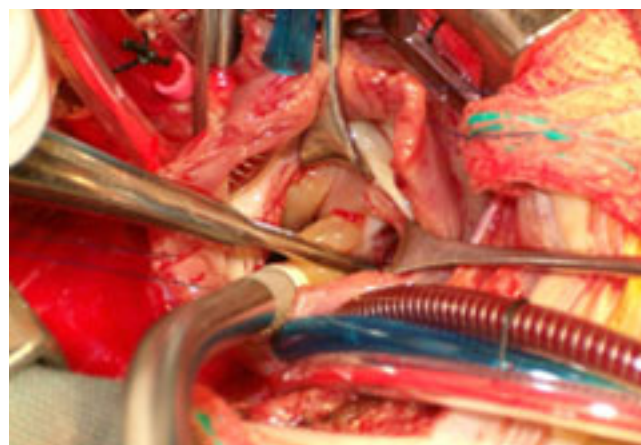


Figura 2. Resección de rabdomioma.

nóstico es a las 28.4 ± 6 semanas de gestación, como lo observado en nuestro caso.⁴

El rabdomioma es un tumor benigno que en algunos casos, por obstruir la vía de salida del ventrículo izquierdo, produce sintomatología alarmante.

La frecuencia de presentación en el ventrículo izquierdo es del 30% para casos únicos y 53% en múltiples. Es alta la frecuencia en hombres, aunque hay autores que señalan que lo es más en mujeres.

Nuestro paciente presentó una variedad muy poco frecuente. La aparición en la aurícula izquierda es muy rara, según las series estudiadas.^{2,3}

El manejo quirúrgico de estos pacientes consiste en derivación cardiopulmonar, paro cardíaco con cardioplejía y resección total del tumor, como se rea-

lizó en el caso que nos ocupa. Es importante recordar que en la mayoría de los casos el abordaje es transauricular; en algunos casos no es posible la resección total del tumor, por lo que se resecta sólo la porción que causa obstrucción.^{2,5}

La mortalidad de esta patología se estima en 25.4%; la causa más frecuente es la arritmia consecutiva a la cirugía.²

Es importante aclarar que en la literatura nacional, en el año 2004, fue publicado un caso de rabdomioma gigante de ventrículo derecho con diagnóstico en etapa neonatal.⁶

CONCLUSIONES

La presentación de rabdomioma en aurícula izquierda es muy rara. El diagnóstico prenatal con manejo

temprano condiciona mejores resultados quirúrgicos como en el caso presentado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reynen K. Frequency of primary tumors of the heart. *Am J Cardiol* 1996; 77: 107.
2. Verhaaren HA, Vanakker O, De Wolf D. Left ventricular out-flow obstruction in rhabdomyoma of infancy:meta-analysis of the literature. *J Pediatric* 2003; 143: 258-263.
3. Black MD, Kadletz M, Smallhorn JF. Cardiac rhabdomyomas and obstructive left heart disease: histologically but not functionally benign. *Ann Thorac Surg* 1998; 65: 1388-1390.
4. Bader RS, Chitaya D, Kelly E. Fetal rhabdomyoma prenatal diagnosis, clinical outcome, and incidence of associated tuberous sclerosis complex. *J Pediatric* 2003; 143: 620-624.
5. Bittner HB, Sharma AD, Landolfo KP. Surgical resection of an intracardiac rhabdomyoma. *Ann Thorac Surg* 2000; 70: 2156-2158.
6. Miranda CI, Muñoz CL, Buendía HA, Aranda FA et al. Rabdomioma gigante intercardiaco en etapa neonatal. Reporte de un caso. *Arch Cardiol Mex* 2004; 71 (1): 49-52.