

## Presentación de Caso Mixoma Auricular en adulto mayor de 67 años.

**Autores:** Manuel Penichet Montoto\*, Robin Radames Carballo Espinosa\*\*, Ángel Paredes Cordero \*\*\*, Lonia Vasconcelos Elisondo\*\*\*\*.

- \* Especialista 2do grado en Medicina Interna.
- \*\* Especialista 1er grado en Gerontología y Geriátría.
- \*\*\* Especialista 2do grado en Cirugía Cardiovascular.
- \*\*\*\*Especialista 1er grado en Hematología.

Centro de Investigaciones Clínicas.

**Editorial:** Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.  
CP 10400.

[geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud".

---

### Summary

Primary tumors of the heart are very rare. More than half of the benign tumors are myxomas. Although they can occur in any chamber of the heart, most myxomas arise from the Left Atrium. In approximately 15% of patients the tumor is located within the Right Atrium. The case of a patient is presented with acute feverish syndrome and atrium myxoma.

**Key word:** Myxomas.

---

### Resumen

Los tumores primarios del corazón son muy raros. Más de la mitad de los tumores benignos son mixomas. Aunque ellos pueden ocurrir en cualquier cámara del corazón, la mayoría de los Mixomas se ubican en la aurícula izquierda. En aproximadamente 15% de pacientes el tumor se localiza dentro de la aurícula derecha.

Se presenta el caso de un paciente de 67 años de edad, con síndrome febril agudo y un mixoma auricular.

**Palabra clave:** Mixomas.

## **Introducción**

El mixoma es el tipo más común de tumor cardíaco primario, esta considerando entre un 30 a un 50 por ciento de todos los tumores primarios del corazón. Tiene una incidencia anual de 0.5 por millones de la población. Sesenta y cinco por ciento de mixomas cardíacos ocurren en las mujeres, y del 4.5 a 10 por ciento de mixomas cardíacos son familiares<sup>1</sup>.

Los mixomas ocurren en cualquier cámara del corazón pero tienen una especial predilección para la aurícula izquierda de aproximadamente 75%. El próximo sitio más frecuente es la aurícula derecha donde se encuentran entre un 10 a 20%.<sup>2,3</sup>

El diagnóstico puede realizarse por los síntomas del paciente, a menudo relacionado con la obstrucción de flujo a través del orificio mitral o la embolización sistémica. El ecocardiograma confirma el diagnóstico.<sup>4</sup>

## **Presentación del caso.**

Masculino de 67 años, blanco, ingresado para estudio de un síndrome febril precedido de escalofríos intensos de 12 días de evolución, intermitente y cedía con antipirético oral, acompañado de malestar general, marcada astenia y anorexia, y pérdida de peso.

El examen físico general y por aparatos fue normal.

Antecedentes Patológicos de importancia:

Carcinoma Epidermoide pulmonar (2005), tratado quirúrgicamente, y con poli quimioterapia, sin evidencia actual de recidiva tumoral ó metástasis. Pseudoquiste de Páncreas por Pancreatitis crónica agudizada, (2009) Osteonecrosis aséptica de la cabeza del fémur izquierdo en el 2009, intervenido quirúrgicamente.

Durante el ingreso actual, se le realizaron numerosos estudios hematológicos, microbiológicos e imagenológicos.

Hemograma completo: anemia microcítica hipocrómica, Eritrosedimentación de 3 cifras, Inmunoglobulinas IgG e IgM disminuidas, PSA discretamente elevado, Serología completa negativa, Enzimas hepáticas normales, Hormonas Tiroideas normales, Coagulograma normal, Calcio y Fósforo disminuidos, Colesterol plasmático: normal, Proteínas Totales y Fraccionadas: normales, Lipidograma normal. Procalcitonina negativa, Electroforesis de Proteínas: Albúmina disminuida, Ganma discretamente elevada, Fibrinógeno normal, Proteína C Reactiva elevada, CEA: normal.

## **Estudios microbiológicos**

Hemocultivos realizados en varias ocasiones, en pico febril: negativos, Urocultivos seriado negativos. Exudado nasofaríngeo: Flora normal. Antígenos febriles bacterianos: negativos, Estudios Virales: negativos, Test rápido de Tuberculosis: negativo. Estudio de Espudo (Bacteriológico, Micológico y Bacilo de Koch) realizados en varias ocasiones: negativos.

Estudios imagenológicos:

Radiografía de Tórax: sin mostrar signos de condensación inflamatoria ni lesión tumoral.

El TAC de Pulmón sin mostrar lesión tumoral.

Ultrasonido de Hemiabdomen Superior. Se realizó en tres ocasiones durante el ingreso sin alteraciones.

Ecocardiograma Transtorácico existe una imagen redondeada, grande, dentro de la aurícula derecha, que contacta con la válvula tricúspide, teniendo la impresión que se trata de un mixoma auricular.

Ecocardiograma Transesofágico, en el cual se observó una masa en la Aurícula derecha (AD), insertada en la desembocadura de la vena cava superior, con un pedículo de 1,3 cm de largo, la masa media 5,6 cm x 3,4 cm, de bordes bien definidos, contornos irregulares, con baja ecogenicidad, móvil, sin obstruir la entrada del Ventrículo Derecho. Esta masa en A.D recuerda al mixoma. (Fig. 1)

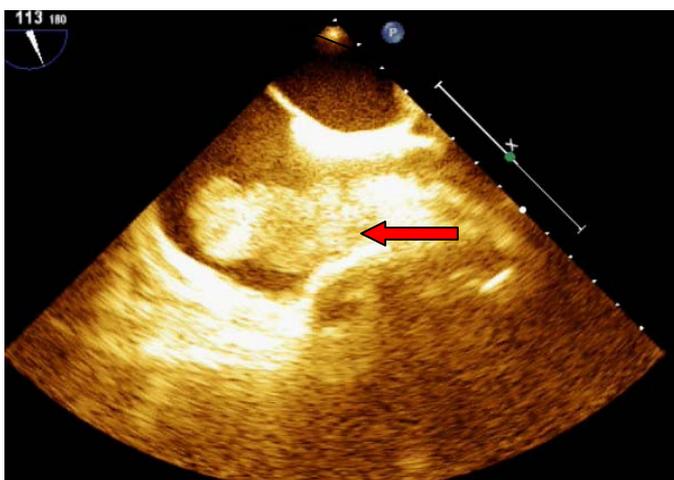


Fig. 1: Tumoración en aurícula derecha.

Una vez que se llegó a la conclusión que el paciente era portador de un posible Mixoma de la aurícula derecha se planteo y llevó a cabo la intervención quirúrgica para extirpar dicha tumoración.

El diagnóstico anatomopatológico, tanto macroscópico como microscópico confirmó que se trataba de un mixoma (Fig. 2).



Fig. 2: Mixoma auricular.

## Discusión

En nuestro paciente llama la atención la forma aguda de presentación, predominando el cuadro febril y sin sintomatología cardiovascular. Es conocido como el mixoma produce la Interleuquina 6 mediador de la fase aguda de la inflamación y responsable de las manifestaciones clínicas y hematológicas.

Los mixomas son los tumores cardíacos primarios más frecuentes en todos los grupos de edad; constituyen entre un tercio y la mitad de todos los casos hallados en necropsias, y en casi tres cuartas partes de los tumores tratados quirúrgicamente. Aparecen en todas las edades, en particular entre el tercero y sexto decenios de la vida con preferencia en mujeres. Aunque la mayor parte son esporádicos, algunos tienen carácter familiar y se transmiten con carácter autosómico recesivo o forman parte de un Síndrome que consta de un complejo de anomalías, como lentigos o nevos pigmentados; enfermedad nodular suprarrenal primaria, con síndrome de cushing o sin él; fibroadenomas de mama mixomatosos; tumores testiculares y adenomas hipofisarios con gigantismo o acromegalia.

Según el examen histopatológico, los mixomas son estructuras gelatinosas formadas por células mixomatosas embutidas en un estroma con abundantes glucosaminoglucanos. Casi todos son pediculados, tienen un tallo fibrovascular y miden 4 a 8 cm de diámetro. La mayor parte de los mixomas esporádicos son solitarios y se localizan en las aurículas, fundamentalmente en la izquierda, donde se originan en el tabique interauricular, en la vecindad de la fosa oval.

A diferencia de los mixomas esporádicos, los mixomas familiares o del síndrome mixomatoso tienden a afectar a personas más jóvenes, suelen ser múltiples o de asiento ventricular y más proclives a la recidiva posoperatoria, lo que probablemente refleja su origen multicéntrico.

Los mixomas suelen presentarse por signos y síntomas de obstrucción, embolia o afección general. La forma de presentación más frecuente simula una lesión mitral, bien una estenosis por prolapso tumoral en el orificio mitral durante la diástole, o bien insuficiencia causada por la lesión valvular como consecuencia de traumatismos inducidos por el tumor. Los Mixomas ventriculares pueden producir obstrucción del flujo parecida a la de la estenosis subaórtica o subpulmonar.

Los síntomas y signos de los mixomas auriculares dependen en gran medida de la posición, son intermitentes y de instauración brusca a consecuencia de los cambios de posición del tumor con la gravedad. En la auscultación se oye un ruido bajo, denominado "plaf tumoral", al comienzo o a la mitad de la diástole, que se atribuye a la parada brusca del tumor al chocar con la pared ventricular. Los mixomas también pueden presentarse como embolias periféricas o pulmonares o con síntomas y signos generales, como fiebre, adelgazamiento, caquexia, malestar general, artralgias, exantemas, acropaquia, fenómeno de Raynaud, hipergammaglobulinemia, anemia, policitemia, leucocitosis, elevación de la tasa de eritrosedimentación, trombocitopenia o trombocitosis.

La ecocardiografía bidimensional transtorácica o transesofágica es útil para establecer el diagnóstico de los mixomas cardíacos y muestra el lugar de inserción y tamaño del tumor, dos características importantes al planificar la resección quirúrgica.

La tomografía computarizada y en especial las imágenes por resonancia magnética pueden proporcionar importante información sobre el tamaño, forma, composición y características de la superficie del tumor.

Como estos tumores pueden ser familiares, está indicado el cribado ecocardiográfico de los familiares de primer grado, sobre todo cuando el paciente es joven y tiene tumores múltiples u otros signos del síndrome mixomatoso.

La resección quirúrgica, con derivación cardiopulmonar, está indicada y suele ser curativa. Los mixomas recidivan en 12 a 22% de los casos familiares y en 1 a 2% de los esporádicos; en general, la recidiva tumoral se debe a lesiones multifocales en los primeros y a resección incompleta en los últimos.<sup>5,6</sup>

---

## **Referencias bibliográficas:**

1. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 8th ed, Bening Tumors. 2007: 1817-19.
2. Lawrence H. Cohn. Cardiac Surgery in the adult. 3<sup>a</sup> Edition, 2008: 1479-82.
3. Larry R. Kaiser. Irving L. Kron. Mastery of Cardiothoracic Surgery, 2nd Edition. Cardiac Tumors. 2007: 616.
4. Siavosh Khonsari. Cardiac Surgery. 4<sup>a</sup> Edition, 2007: 194.
5. Harrison. Principio de Medicina Interna. 16<sup>a</sup> edición, 2008.7785 – 88
6. Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Comportamiento en el MIR. Tumores Cardiacos. 2006: 118.