

Mixoma auricular derecho que inició con embolia paradójica sistémica a través de una comunicación interauricular coexistente

Juan Manuel Tarelo Saucedo,¹ María del Sol García Ortigón,⁴ Hernán Revilla Casaos,² Dámaso Hernández López,³ Guillermo Díaz Quiroz⁵

RESUMEN

Paciente masculino de 41 años de edad, originario de Oaxaca y residente del DF, casado, católico, policía, con carga genética para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión controlada, diagnosticado recientemente, refirió haber sufrido un evento isquémico cerebral seis meses antes. Se recuperó con rehabilitación, sin secuelas importantes. Se inició protocolo en busca del origen del padecimiento mediante radiografía de tórax y ecocardiograma transtorácico, en los que se encontraron alteraciones en el tórax, dilatación de las cavidades derechas y tumor en la aurícula derecha compatible con mixoma, de 47 x 31 mm, altamente móvil, que protruía a la válvula tricúspide haciéndola insuficiente pero sin deformarla estructuralmente, así como un foramen oval permeable. Se le programó para resección, previo protocolo preoperatorio. El procedimiento se efectuó sin incidentes, en forma y técnica convencionales, con canulación bicaval y abordaje directo a la aurícula derecha. Se encontró un espécimen de 6 x 5 cm, fijo al techo de la aurícula derecha, de aspecto blanquecino y consistencia semigelatinosa, que se resecó en forma completa y se envió a estudio histopatológico; además, se cerró una comunicación interauricular de 8 mm tipo foramen oval permanente. El paciente se recuperó satisfactoriamente y fue dado de alta por mejoría clínica tras permanecer 24 horas en terapia intensiva y cuatro días en piso. El reporte de anatomía patológica indicó mixoma auricular derecho. La existencia de un defecto septal interauricular que en términos fisiopatológicos permita y explique un comportamiento de tipo izquierdo es extremadamente raro. La evolución del paciente antes, durante y después del procedimiento fue satisfactoria.

Palabras clave: mixoma, embolia sistémica, comunicación interauricular.

ABSTRACT

A 41 year-old male patient, born of Oaxaca City and resident in Mexico City, married, catholic, policeman, with genetic load for diabetes mellitus 2 and newly diagnosed and controlled hypertension, suffered cerebral ischemic event six months ago. The patient recovered without significant sequelae. An etiologic protocol revealed altered findings in chest radiography, transthoracic echocardiography with dilatation of the right chambers and a mass in right atrium compatible with myxoma, about 47 x 31 mm, highly mobile, protruding to the tricuspid valve but not deforming structurally, and an evident foramen ovale. Tumor was extirpated after complete preoperative protocol. Surgical procedure was performed in conventional form without intraoperative incidents, with bicaval cannulation and direct right atrial approach. A specimen of 6 x 5 cm, attached to the roof of the right atrium, with a rubbery consistency, resected completely and sent to histopathological laboratory. In addition, a permanent foramen ovale of 8 mm was closed. The patient recovered satisfactorily and was discharged because a clinical improvement after 24 hours in intensive care and four days on floor. Pathology report indicated right atrial myxoma. An interatrial septal defect that explains pathophysiologically a left-like behavior is extremely rare. The evolution of this patient was satisfactory before, during and after surgery.

Key words: myxoma, systemic embolism, atrial septal defect.

¹ Cirujano cardiovascular.

² Jefe de Cirugía Cardiovascular.

³ Cirujano vascular.

Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE.

⁴ Cirujano cardiovascular.

⁵ Jefe de Cirugía Cardiovascular.

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Correspondencia: Dr. Juan Manuel Tarelo Saucedo. San Felipe de Jesús, núm. 16, colonia La Purísima, CP 09360, México, DF. Correo electrónico: jmtarelo72@hotmail.com

Recibido: junio 2013.

Aceptado: agosto 2013.

Este artículo debe citarse como: Tarelo-Saucedo JM, García-Ortigón MS, Revilla-Casaos H, Hernández-López D, Díaz-Quiroz G. Mixoma auricular derecho que inició con embolia paradójica sistémica a través de una comunicación interauricular coexistente. Rev Esp Méd Quir 2013;18:277-279.

Los mixomas son los tumores cardíacos benignos más frecuentes (50%).¹ Su localización más común es la aurícula izquierda (75%), seguida de la aurícula derecha (23%) y las cavidades ventriculares (2 a 3%);² rara vez afectan más de una cavidad. Se ha demostrado que tiene un comportamiento familiar y que se transmite en forma autosómica dominante.¹ La presentación clínica varía según el tamaño y la localización del tumor, aunque predominan los síntomas de cavidades izquierdas dada la frecuencia de las lesiones.³ En aproximadamente 50% de los mixomas se observa embolismo sistémico o antecedente de derrame cerebral en algún momento de la evolución,⁴ así como un tumor en la aurícula izquierda mediante ecocardiografía;⁴ sin embargo, el embolismo paradójico sistémico con lesión tumoral en la aurícula derecha y el paso a la circulación sistémica a través de la coexistencia de una comunicación interauricular son extremadamente raros. El reporte de casos de enfermedad metastásica mixomatosa también es muy poco frecuente.⁵ La gama de síntomas que experimentan estos pacientes podría englobarse en una tríada: 1) síntomas y signos provocados por la obstrucción de las cavidades cardíacas, 2) síntomas y signos ocasionados por la migración o embolización del tumor (no metástasis o implantación ectópica) y 3) síntomas sistémicos concomitantes;⁶ predominan, evidentemente, la disnea y la ortopnea, el presíncope o síncope y la insuficiencia valvular por efecto de obstrucción tumoral, además de angina, hemoptisis, derrame cerebral, a veces fiebre, malestar general, pérdida de peso y fatiga.⁶ El patrón de referencia en el diagnóstico es el ecocardiograma transesofágico, que incluso ha hecho pensar a algunos autores que pueden asociarse algunas características morfológicas ecocardiográficas (como el polipóide), con sospecha o probabilidad de embolización.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 41 años de edad, originario de Oaxaca y residente del DF, casado, católico, policía, con carga genética de diabetes mellitus tipo 2, con hipertensión controlada de reciente diagnóstico. Sufrió un evento isquémico cerebral seis meses antes de su protocolización cardiovascular. Se recuperó con rehabi-

litación y sin secuelas importantes. Se inició, entonces, un protocolo en busca de las causas del padecimiento. En la radiografía de tórax se observó un crecimiento de cavidades derechas, hiperflujo pulmonar bilateral y abombamiento del 4º arco correspondiente a la muesca pulmonar (Figura 1); el ecocardiograma transtorácico mostró dilatación de las cavidades derechas y tumor en la aurícula derecha, que fue benigna y de estirpe mixomatosa, de unos 47 x 31 mm (Figura 2), sumamente móvil, que protruía a la válvula tricúspide haciéndola insuficiente pero sin deformarla estructuralmente, así como un foramen oval permeable (Figura 3). Se le programó para



Figura 1. Radiografía de tórax que muestra marcado arco pulmonar, congestión pulmonar y crecimiento de las cavidades derechas.

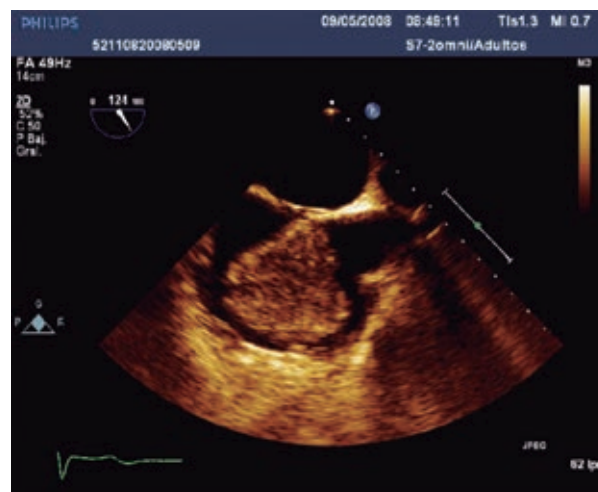


Figura 2. Ecocardiograma transtorácico que muestra aurícula derecha prácticamente ocupada por masa ovoide homogénea de 47 x 31 mm.

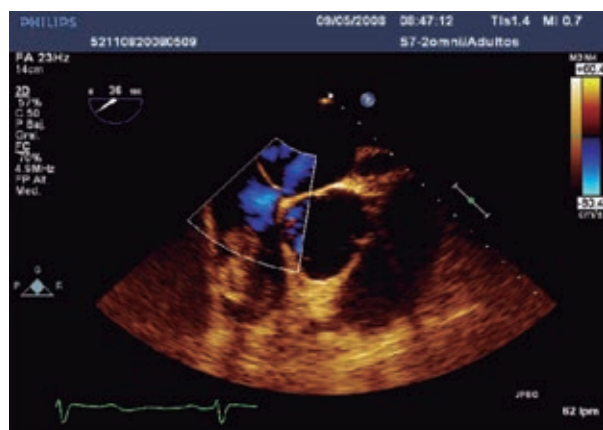


Figura 3. Ecocardiograma transtorácico en el que se aprecia, además de la masa tumoral intracavitaria, la comunicación entre las dos aurículas a través del septum.

cirugía de corazón abierto, con el objetivo de resear el tumor, previo protocolo preoperatorio completo.

Se realizó el procedimiento quirúrgico sin incidentes, mediante abordaje transesternal, con canulación bicaval y aórtica, en parada cardíaca con solución cardiopléjica anterógrada tipo Bretschneider y abordaje directo a la aurícula derecha. Se resecó completamente un espécimen de 6 x 5 cm, fijo, por pedículo a techo del atrio, aspecto blanquecino y consistencia semigelatinosa (Figura 4), el cual se envió a estudio histopatológico (Figura 5); además, se cerró una comunicación interauricular de 8 mm, tipo foramen oval permeable. El paciente permaneció en terapia intensiva durante 24 horas y en piso por cuatro días; se le dio de alta por mejoría clínica. El reporte de anatomía patológica reveló mixoma auricular derecho.

CONCLUSIONES

Los tumores benignos primarios cardiacos en la población general son muy raros. La distribución en cavidades izquierdas de la estirpe benigna suele ser la más frecuente, con un comportamiento clínico que lo sustenta y que suelen ser la embolización y el accidente cerebrovascular. El defecto septal interauricular que en términos fisiopatológicos permita y explique un comportamiento de tipo izquierdo es extremadamente raro. Finalmente,

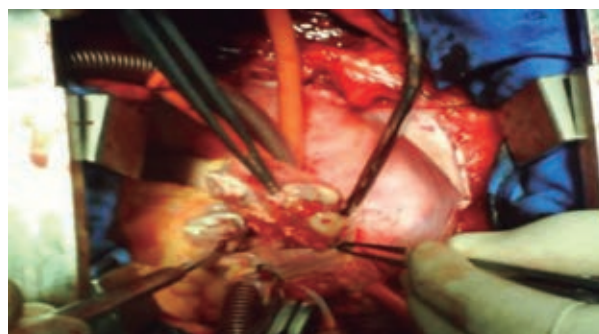


Figura 4. Resección del tumor vía transauricular derecha.

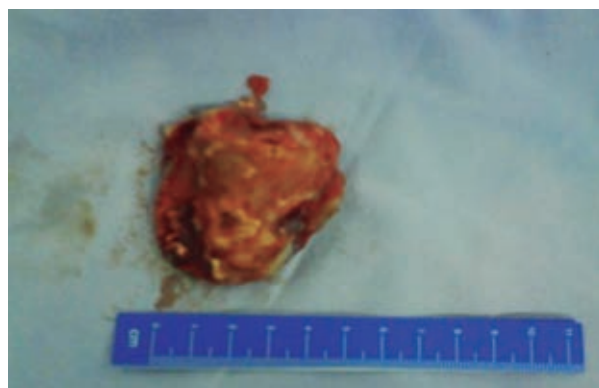


Figura 5. Especimen resecado en su totalidad.

la evolución del paciente antes, durante y después del procedimiento fue satisfactoria y sin incidentes.

REFERENCIAS

1. Attar M, Sharman D, Al-Najjar Y, Moore R, et al. A rare case of multiple right heart myxomas. *Int J Cardiol* 2007;118:e66-e67.
2. Clifford W. Primary and secondary neoplasms of the heart. *Am J Cardiol* 1997;80:671-682.
3. Keeling I, Oberwalder P, Anelli-Monti M, Schuchlenz H, et al. Cardiac myxomas: 24 years of experience in 49 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;22:971-977.
4. Hong-Won H, et al. Echocardiographic and morphologic characteristics of left atrial myxoma and their relation to systemic embolism. *Am J Cardiol* 1999;1:1579-1582.
5. Kaynak K, Bezirli K, Arslan C, Özgüroglu M, Öz B. Metastatic cardiac myxoma. *Ann Thorac Surg* 2001;72:623-625.
6. Butani J, Nair V, Naseemuddin A, Nair G, et al. Cardiac tumours: diagnosis and management. *Lancet Oncol* 2005;6:219-228.