

MIXOMA AURICULAR IZQUIERDO (*)

Doctor T. Fernández Amela

Doctor J. C. Vargas-Machuca Caballero

Los tumores intracardíacos primitivos han sido, en tiempos pasados, considerados como curiosidades anatómicas; dentro de éstos, los mixomas son tumores benignos, localizados generalmente en las cavidades auriculares, a las que están unidas por una formación pediculada, de dimensiones variables al tabique interauricular; aquellos que se localizan en la aurícula izquierda, desde el punto de vista funcional, crean una obstrucción al drenaje de las venas pulmonares y al orificio mitral, comportándose clínicamente con una serie de signos y síntomas que sugieren una estenosis mitral (1).

La aparición de nuevas técnicas de diagnóstico y, sobre todo, el desarrollo de la cirugía cardiovascular con circulación extracorpórea, han permitido un correcto diagnóstico y una solución total en la mayoría de los casos.

El caso que comunicamos, corresponde a un mixoma de aurícula izquierda sospechado clínicamente, confirmada su existencia por cateterismo y angiocardiografía y extirpado quirúrgicamente.

Se trata de una paciente de 41 años, sin antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y que, a la edad de 20 años, tuvo unas molestias articulares de corta duración, apiréticas. Ha tenido tres hijos con buena tolerancia de embarazos y partos.

Cinco meses antes de nuestra exploración venía notando algias torácicas inespecíficas, de moderada intensidad, sin irradiación a brazos y cuello y sin relación con esfuerzos; queda embarazada y, al segundo mes, aborto espontáneo, que no requiere legrado. A los 20 días de este episodio, por la noche, sufre una crisis dolorosa en toda la región anterior del tórax, irradiada a ambos brazos, con palidez y de una hora de duración que precisa de analgésicos potentes; no tiene cianosis durante la crisis ni presenta expectoración hemoptoica en los días siguientes. Este cuadro doloroso agudo se va a repetir con gran frecuencia, unas veces en reposo, las más a continuación de esfuerzos moderados. Las exploraciones radio-

(*) En memoria de Tomás Fernández Cañada, médico.

lógicas son reiteradamente negativas, en cuanto a detectar fenómenos embolígenos pulmonares. La enferma se queja de febrícula persistente de predominio vespertino y cierto grado de astenia.

La exploración física nos aporta los siguientes datos: Normosómica, con palidez de piel y mucosas, chapetas malares, laten bien ambas carótidas, no estasis yugular a 45°. El latido de la punta se encuentra en línea medioclavicular en el quinto espacio donde se palpa un «thrill» diastólico. En el apex se ausculta un primer ruido brillante, seguido de un chasquido protosistólico, más intenso conforme se desplaza el estetoscopio hacia el foco pulmonar, donde se percibe claramente, seguido de un segundo ruido normal; le sigue un chasquido de apertura con retumbo diastólico. El segundo ruido en el foco pulmonar está aumentado. La auscultación pulmonar, palpación abdominal y pulsos periféricos son normales.

El electrocardiograma se encuentra en ritmo sinusal a 90 activaciones/minuto, con eje QRS a + 60° y signos discretos de sobrecarga auricular izquierda.

El fonocardiograma confirma los datos de la auscultación; el chasquido de apertura se encuentra a 0,13" del II-R.

La exploración radiológica del tórax muestra un corazón de configuración mitral con saliente del II arco izquierdo; la aurícula izquierda está ligeramente aumentada de tamaño que desplaza ligeramente hacia atrás al tercio inferior del esófago. La vascularización pulmonar está ligeramente aumentada en la zona próxima al hilio, que destaca con la casi ausencia del árbol vascular en la periferia de ambos campos. (Figura 1)

La analítica nos aportó los siguientes resultados: H: 3,400.000 hematócrito: 40%. V. S.: 105 1ª hora. L: 9,800. Fórmula normal. Proteínas totales: 6,2.

Con el diagnóstico de presunta estenosis mitral, en la que apreciábamos una gran discordancia entre los datos clínicos y analíticos y los que objetivábamos por el electrocardiograma, fonocardiograma y radiología simple de tórax, fue enviada a la sección de hemodinámica de la Ciudad Sanitaria Provincial «Francisco Franco», de Madrid, que nos remitió el siguiente informe:

«Se practica cateterismo derecho por punción de una vena antecubital y cateterismo izquierdo por punción de la arteria femoral derecha, según la técnica de SELDINGER, realizándose tomas de presión en ambas cavidades, así como de capilar pulmonar. Se realizó arteriografía selectiva en el tronco de la arteria pulmonar, grabándose en cien de 35 mm. a 60 imágenes por segundo, directa y con magnificación. Los datos del cateterismo quedan reflejados en la tabla I.

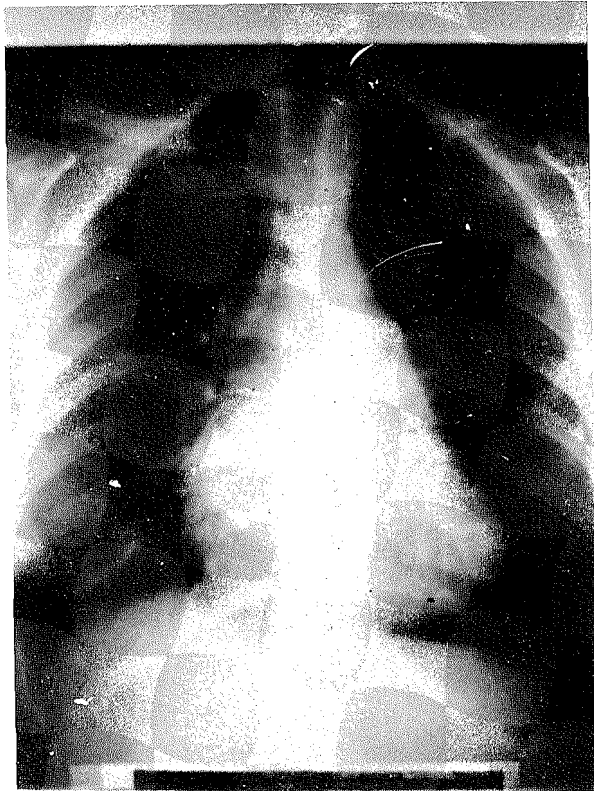
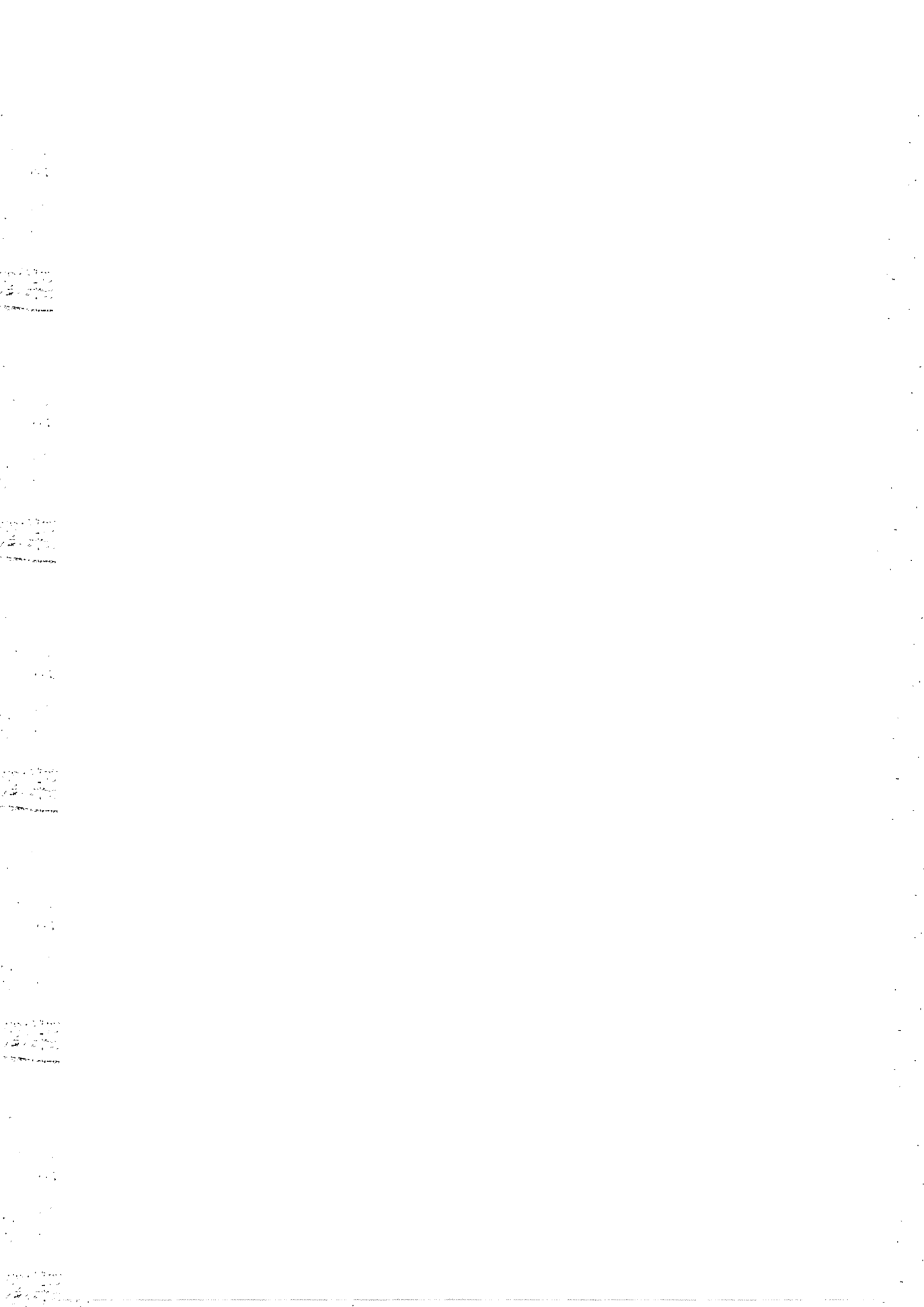


Figura 1



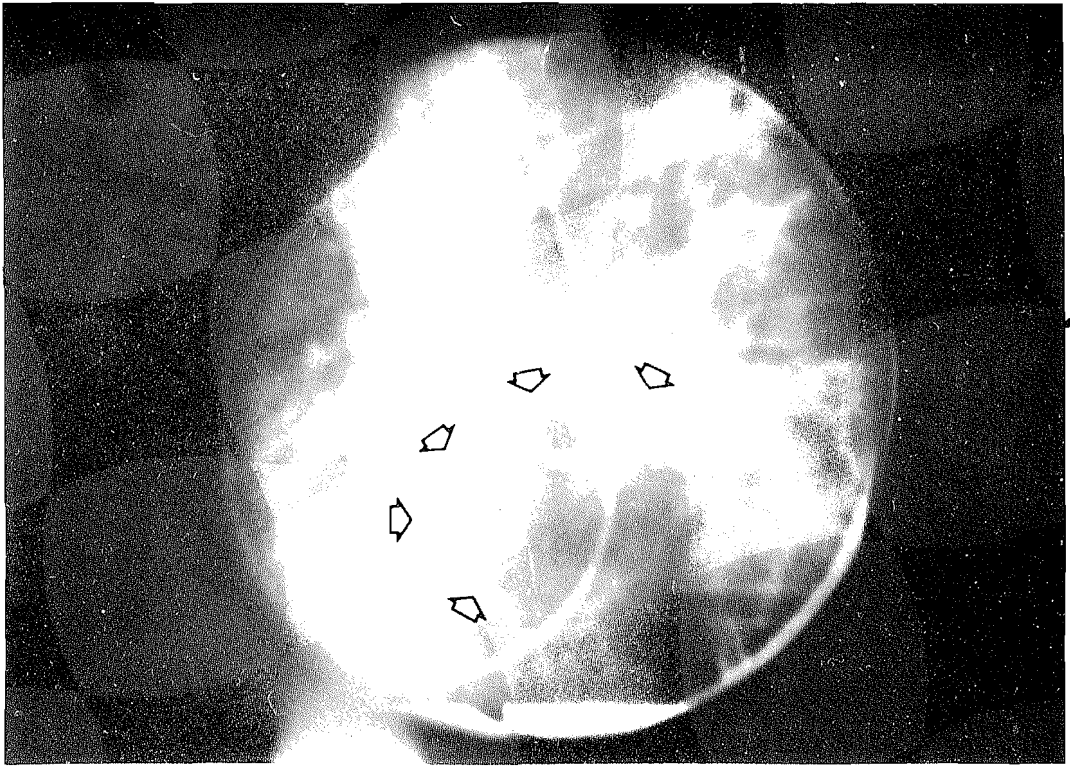
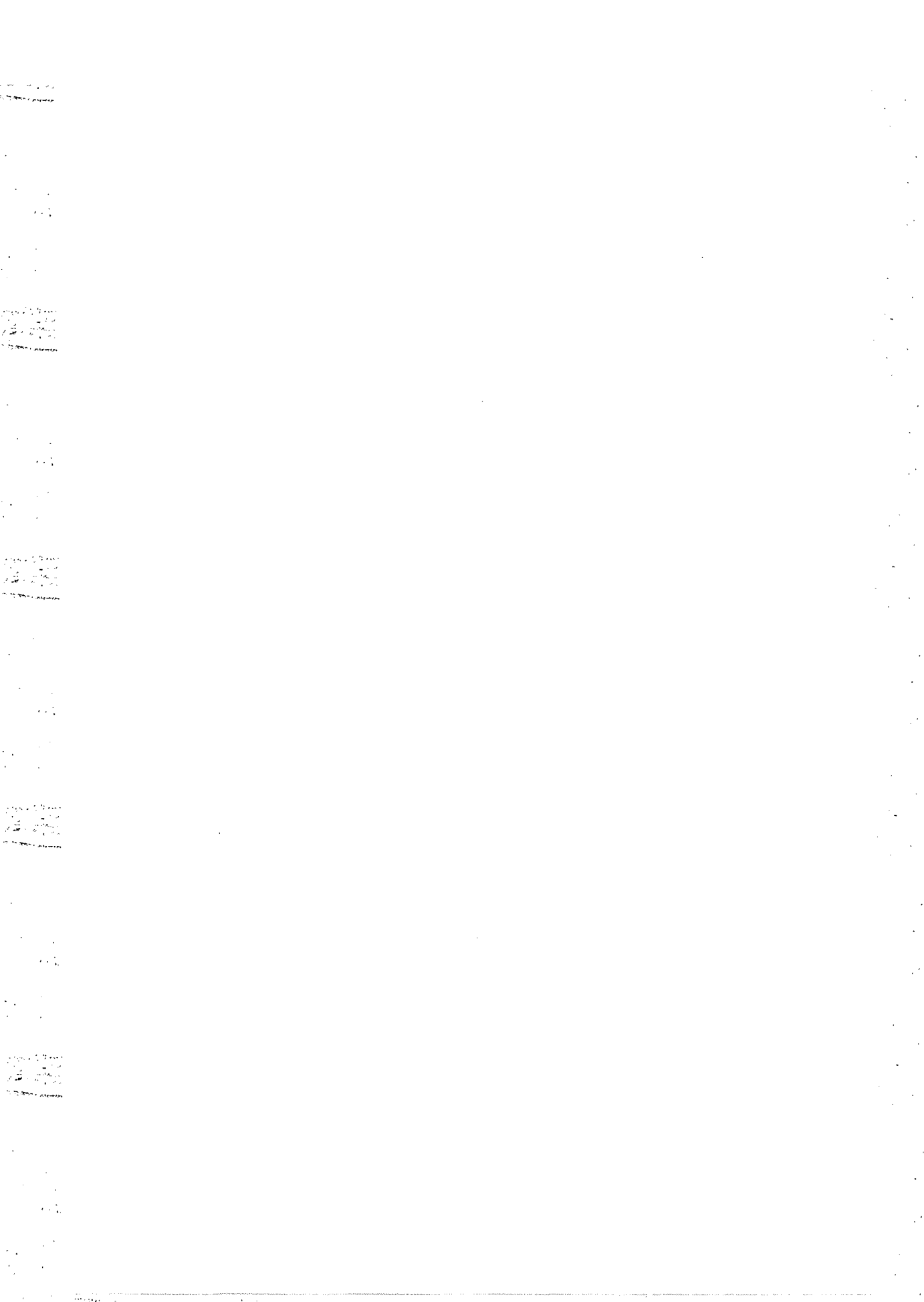


Figura 2



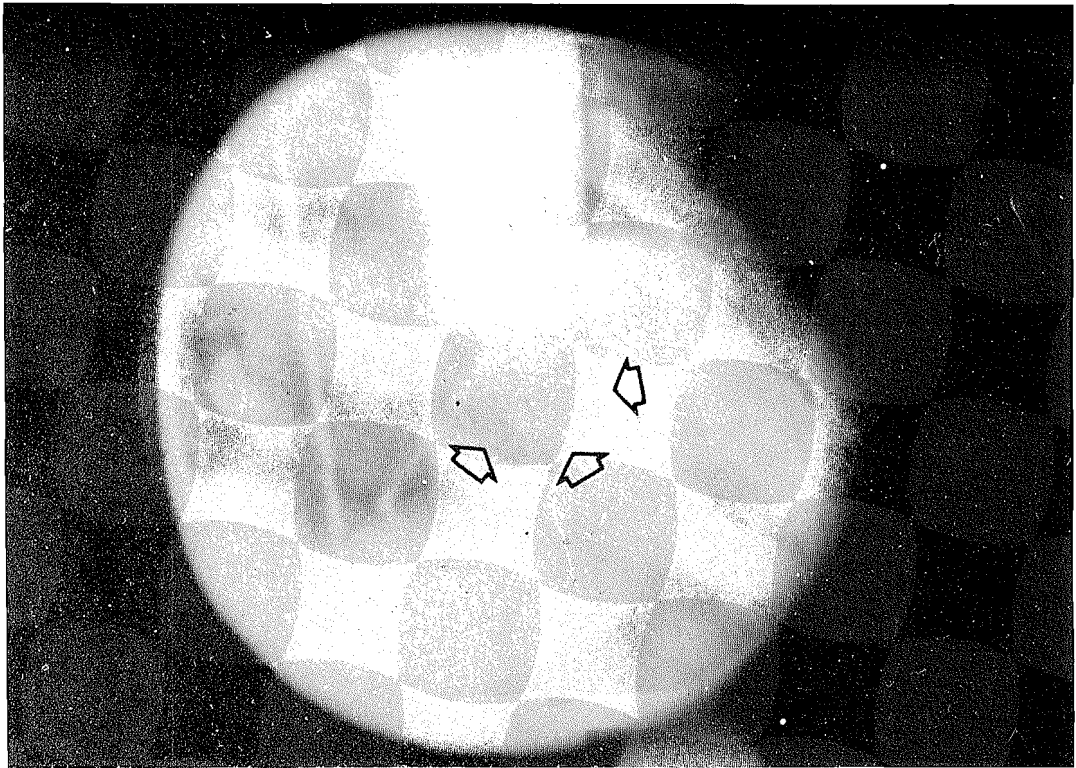


Figura 3

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

1000
1000
1000

TABLA I

Sitio	Presiones sist/diast	(en mm.Hg) Media	Oximetría Capacidad D ²	Exámenes especiales y comentarios
VI CPV	110/4;10 v:50 x,y:25	— 35	15,8 vol% 96%	Gradiente indirecto transmitral medio 23 mm.Hg.
AP VI	90/40	— 66	9,9 vol.% 60% 15,5vol.% 94%	
VD AD	90/7;12 a:12 x,y:0	— 7		
VI				Ventriculografía izquier- da. OAD 45% (x2)
VI Ao	100/6,10 100/78	— 96		
AP				Arteriografía pulmonar. Placas A.P.
AP				Arteriografía pulmonar. Cine OAD.

Cálculos

Superficie corporal	1,60 m ²
Consumo de oxígeno hallado (espirografo Godart)	167 ml/min.
Consumo de oxígeno teórico basal	195 ml/min
Diferencia A-V sistémica	5,6 vol.%
Gasto cardíaco	3,0 lit/min
Índice cardíaco	1,9 lit/min
Resistencias pulmonares totales	1,760 din/seg/cm-5
Resistencias pulmonares post-capilares	933 din/seg/cm-5
Resistencias pulmonares arteriales	827 din/seg/cm-5
Resistencias sistémicas	2,560 din/set/cm-5

Como comentario de la tabla anterior se destaca la ausencia de gradiente diastólico transtricuspidé, hipertensión sistólica marcada del ventrículo derecho y arteria pulmonar. La presión indirecta de la aurícula izquierda está significativamente aumentada a expensas de una onda «v» dominante que llega a 50 mm. Hg. Las presiones simultáneas de ventrículo izquierdo y capilar pulmonar evidencian un gradiente diastólico transmitral con valores de 15 mm. Hg. Las presiones sistólicas de ventrículo izquierdo y las presiones aórticas son normales, estando la presión media de la aurícula derecha dentro del límite máximo normal.

La saturación venosa mixta es baja y la sistémica normal, estando elevada la diferencia arterio-venosa. Gasto e índice cardíaco, disminuidos. Las resistencias pulmonares totales se encuentran elevadas a expensas de sus dos componentes (pre- y post-capilar).

Se practicó cineventriculografía izquierda y cinearteriografía pulmonar en OAD, así como arteriografía pulmonar en PA, en placas radiográficas de 35 x 35.

En la cineventriculografía izquierda, se inyectó el contraste en el tracto de salida, lográndose una moderada opacificación de la cavidad ventricular que parece de tamaño normal y una contractibilidad bien conservada; se aprecia un ligero paso a la aurícula izquierda, con lo que el contraste opacifica su periferia, quedando una zona central sin contrastar. En las diástoles se observa una masa ovoide radiotransparente que hace protrusión a través de la válvula mitral hacia el ventrículo izquierdo y que, en las sístoles, vuelve a la cavidad auricular.

La cinearteriografía pulmonar tiene como objeto lograr una mejor opacificación de la aurícula izquierda que se encuentra agrandada, evidenciándose la masa ovoidea de unos 9 x 6 cm. que hace protrusión en la cavidad ventricular y que, en sístole, retrocede completamente a la aurícula izquierda (figuras 2 y 3).

La angiografía pulmonar en PA, permite opacificar tronco y ambas ramas de la arteria pulmonar que aparecen ligeramente dilatadas. La periferia de ambos campos pulmonares presenta vasos finos y una mayor pobreza de ellos en el campo pulmonar derecho. Salvo estos hallazgos, no se observan signos directos de tromboembolismo pulmonar.

En conjunto, las imágenes obtenidas son congruentes con la existencia de un *mixoma auricular izquierdo*, muy voluminoso y móvil, que produce una interferencia con el buen juego de la válvula mitral, ocasionando, de una parte, la obstrucción diastólica, que provoca un gradiente auriculo-ventricular importante y, de otra, un ligero reflujo transmitral en la proto-diástole. La onda «v», alta de presión capilar pulmonar, no es, en este caso,



Figura 4

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

debida a reflujo mitral, sino al retroceso de la masa tumoral a la aurícula, con el consiguiente aumento de presión en esta cavidad.

La hipertensión en la arteria pulmonar, correlacionada con las anteriores arteriografías pulmonares, no inclina a pensar que sea secundaria a tromboembolismo.

Seguidamente se procedió a la intervención quirúrgica, realizada en el Servicio de Cirugía Cardiovascular en el mismo Centro, con circulación extracorpórea y hemodilución total. El informe operatorio fue el siguiente:

«Con la enferma en decúbito supino y a través de esternotomía media se expone el mediastino anterior y se abre el pericardio en forma de T invertida.

El corazón aparece aumentado de tamaño a expensas del ventrículo derecho y de la aurícula izquierda, estando la arteria pulmonar ligeramente aumentada. Establecida la circulación extracorpórea, se practica atriotomía derecha transversa y, a través de la misma, se incide el tabique interauricular, localizando la zona de implantación del mixoma. En la cavidad auricular izquierda y teniendo como base de implantación, una zona aproximada de 1,5 cm² del tabique interauricular, dorsalmente a la fosa oval, existe un mixoma de color rojo-verdoso en forma de piña de unos 12 cm. de longitud y unos 4 cm. de diámetro máximo (figura 4); su consistencia es compacta y se dirige desde el tabique hacia la válvula mitral, que, explorada cuidadosamente, es completamente normal. Se procede a extirpar la zona de implantación, tras lo cual, se extrae íntegramente la tumoración. Tras comprobar que no existen fragmentos ni otros tumores en la cavidad auricular, se cierra el tabique por doble sutura continua de marsilene 2/0 y, tras extraer el aire de las cavidades izquierdas, se procede al recalentamiento, se cierra la atriotomía y se desfibrila el corazón por choque eléctrico. Se procede a «by-pass» parcial, interrumpiéndose la extracorpórea, al mantener el corazón buena actividad y constantes. Se cierra el pericardio y tórax, dejando drenajes en la forma habitual.

El curso post-operatorio transcurre sin incidencias».

Comentario:

El mixoma auricular izquierdo se comporta clínicamente como una estenosis mitral, aunque en la mayoría de los casos, si se analiza la sintomatología con meticulosidad, aparecen una serie de signos poco explicables o, al menos, difícilmente explicables; ello hace que, aunque con los medios habituales, rara vez nos conduzcan a un diagnóstico seguro, sí que nos alerten para pensar en esta posibilidad y realizar una exploración hemodinámica que nos confirmará la sospecha.

Aunque se ha descrito la aparición de mixomas en cualquier edad, lo común es su presentación alrededor de la cuarta década; por tanto, la presentación de una franca estenosis mitral, silenciosa en décadas anteriores, resultará poco convincente en un paciente con una valvulopatía mitral importante.

Habitualmente, la disnea de esfuerzo está presente en todos los casos y suele adoptar un carácter paroxístico, no siendo excepcional la presentación de edema pulmonar. No son infrecuentes los fenómenos sincopales (2) y las alteraciones neurológicas transitorias, que en nuestro caso no se presentaron. Tampoco nuestra enferma presentó complicaciones de embolismo sistémico.

Los reiterados episodios de dolor torácico con disnea, relacionados con el aborto previo a la aparición de estos síntomas, nos inclinaron en principio a pensar en la posibilidad de que se tratase de una paciente con una estenosis mitral no importante, que presentaba, además, embolismo pulmonar por «tromboflebitis oculta»; estos episodios reiterados no fueron controlados por nosotros, pero el hecho de que en el tratamiento que venía haciendo la paciente no se utilizaran anticoagulantes, nos hizo suponer que no se objetivaron nunca datos clínicos, radiológicos y electrocardiográficos de embolismo pulmonar.

Nuestra enferma presentaba febrícula, anemia y velocidad de sedimentación acelerada, como es habitual en los mixomas. En efecto, en los últimos años se ha prestado una singular atención a la presencia de un «síndrome pseudo-endocárdico» (3) consistente en fiebre, astenia, anemia y disproteinemia para la que hay diferentes explicaciones lógicas (inflamación de la superficie del tumor, necrosis aséptica tumoral, hemólisis por acción directa de la masa tumoral, etc.). La diferencia con la endocarditis bacteriana se hace por la reiterada negatividad del hemocultivo, ausencia de esplenomegalia y refractariedad a la terapéutica con antibióticos. La presencia de embolismo periférico, con la posibilidad de extraer los émbolos y su examen histológico, pueden ser clave para el correcto diagnóstico.

Se ha señalado, como dato del mayor interés, la variabilidad de la auscultación en las distintas posiciones en que se coloque al paciente, así como los cambios significativos de la auscultación a través del tiempo. En nuestro caso no tuvimos ocasión de apreciar estas circunstancias, pero sí la presencia de un chasquido protosistólico, así como un intervalo IIR-Ch de 0,13. Esto último, unido a la escasa repercusión radiológica y electrocardiográfica de dilatación auricular izquierda, fueron siempre datos discordantes con la clínica que presentaba la enferma.

Desde el punto de vista hemodinámico, fue notoria la presencia de onda «v» gigante del capilar pulmonar (sugestiva de severa regurgitación) con el significativo gradiente diastólico transmitral, exponente de una estenosis importante.

La cineangiografía es fundamental para confirmar las sospechas diagnósticas, ya que la opacificación auricular, bien por el pequeño reflujo que se produce en la sístole (si se ha utilizado cineventriculografía) o mejor, por la fase de llenado auricular izquierdo, al final de la cinearteriografía pulmonar.

La intervención quirúrgica resolvió completamente el problema y la enferma no ha vuelto a sentir las menores molestias.

Resumen:

Se presenta el caso de una enferma de 41 años que tras un aborto presenta dolores torácicos, fiebre, anemia y V.S. acelerada con síntomas claros de estenosis mitral. El estudio hemodinámico evidenció la existencia de un mixoma de aurícula izquierda. Tras la extirpación en circulación extracorpórea, la paciente se encuentra bien.

BIBLIOGRAFÍA

BARRILLÓN A. LETAC B. LENEGRE P. «Le mixome de l'oreillette gauche». Arch. Mal. Coeur. 59,1,178. 1966.

GOODWIN I.F. «Symposium on cardiac tumors». Am.J.of Card. 21. 307. 1968.

Mc GREGOR C.A. CULLEN R.A. «The syndrome of fever, anemia and high sedimentation rate with an atrial myxoma». Brit.Med.J. 2. 991. 1959.

