

Mixoma auricular izquierdo gigante asociado a insuficiencia mitral severa. A propósito de un caso

Luis Arboine-Aguirre[§], Ovidio A. García-Villarreal[¥], Bertha A. Gaxiola-Cadena[£], y Graciela A. Cepeda-Ayala[¶]

[§] Residente quinto año de Cardiología, [¥] Departamento de Cirugía Cardíaca, [£] Departamento de Ecocardiografía, [¶] Residente de tercer año de Cirugía Cardiovascular y Torácica. Hospital de Cardiología UMAE 34, IMSS. Monterrey, Nuevo León, México.

Se presenta el caso de un paciente femenino de 67 años con un mixoma auricular izquierdo de 6.5 x 7 cm, provocando insuficiencia mitral severa diagnosticado mediante ecocardiograma transtorácico preoperatorio. Durante la operación, se realizó resección exitosa del tumor y se confirmó la presencia de insuficiencia mitral secundaria a dilatación anular mitral. El defecto de la válvula mitral fue corregido mediante anuloplastia mitral con un anillo protésico. Nuestro caso sugiere que es indispensable la evaluación de la válvula mitral en pacientes con mixoma auricular previo y durante la cirugía.

Palabras clave: Mixoma; Insuficiencia valvular mitral; Ecocardiografía transtorácica.

We report the case of a 67 year old female with a left atrial myxoma of 6.5 x 7 cm, causing severe mitral regurgitation diagnosed by preoperative transthoracic echocardiography. Successful resection of the tumor was performed during the operation and confirmed the presence of mitral regurgitation secondary to mitral annular dilation. Mitral valve defect was corrected by means of anuloplasty ring insertion. Our case suggest that it is essential to evaluate the mitral valve in patients with atrial myxoma prior and at time of operation.

Key words: Myxoma; Mitral valve regurgitation; Transthoracic Echocardiography.

(*Cir Card Mex* 2017; 2(1): 35-37)

© 2017 por la Sociedad Mexicana de Cirugía Cardíaca, A.C



Los mixomas son las neoplasias primarias más frecuentes del corazón [1]. La edad habitual de presentación se encuentra entre la tercera y sexta década de la vida, siendo más común en mujeres. Su localización más frecuente es aurícula izquierda hasta en un 75 %, seguido de aurícula derecha (15-20%), ventrículo derecho (3-4%) y ventrículo izquierdo (3-4 %), pudiendo llegar a tener un diámetro de entre 1-15 cm y un peso de 20-175 mg [2]. El cuadro clínico es variable, desde asintomático hasta la triada clásica: embolismo, obstrucción y síntomas constitucionales [2,3]. A la exploración física se auscultan soplos sistólicos y diastólicos en hasta el 50 % de los pacientes y "tumor plop" en un 30 % de los casos [2,4]. El diagnóstico se realiza habitualmente por medio de ecocardiograma transtorácico, ecocardiograma transesofágico, tomografía computarizada (TC) e imagen de resonancia magnética (IRM) [5]. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, la cual usualmente es curativa [6], con un pronóstico excelente y tasas de recurrencia de aproximadamente 5 %. Sin embargo, ésta es mayor a 20 % en mixomas familiares [2]. Presentamos el caso de un paciente femenino de 67 años con un mixoma auricular izquierdo grande, asociado

a insuficiencia valvular mitral severa y fibrilación auricular persistente de larga evolución.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 67 años de edad. Sin antecedentes personales patológicos, acude a nuestro hospital por cuadro clínico de 1 año de evolución con disnea progresiva hasta presentarse incluso en reposo, acompañado de palpaciones, disnea paroxística nocturna y ortopnea. Clínicamente con pulso irregular, ingurgitación yugular leve, ruidos cardiacos arrítmicos, soplo sistólico de regurgitación en foco mitral, IV/VI, irradiado hacia la axila. El electrocardiograma mostro fibrilación auricular. En la radiografía de tórax se observó crecimiento de aurícula izquierda y derrame pleural izquierdo. Se realizó ecocardiograma transtorácico en donde se documenta tumoración en aurícula izquierda de 69 x 66 mm de diámetro (Fig. 1), con punto de fijación a nivel del foramen oval, ocupando la mayor parte de la totalidad de la cavidad auricular izquierda, además se observa válvula mitral engrosada, con dilatación anular (43 mm), provocando insuficiencia mitral severa funcional, hipertensión pulmonar severa (PSAP: 72 mmHg), FEVI 70 %, dilatación severa de AI: 86 x 68 mm, DDVI: 56 mm, DSVI: 37 mm. Se realizó una cardiotomografía en donde se observan arterias coronarias sin lesiones, así como tumoración en AI de 61.9 x 58.5 mm (Fig. 2), adyacente

Autor Responsable: Dr. Luis Arboine Aguirre
email: luisarboine@gmail.com



Figura 1. Ecocardiograma transtorácico mostrando una gran masa ocupativa en la aurícula izquierda.

al septum interauricular. Se llevó a efecto la cirugía. El procedimiento se realizó por medio de esternotomía media y circulación extracorpórea. Se utilizó canulación estándar bicaval e hipotermia sistémica moderada a 28 ° C. La aorta fue pinzada y la cardioplegia anterógrada fría administrada en forma intermitente cada 20 minutos, fría. El abordaje utilizado para la extracción del tumor fue bi-atrial. Primero, se exploró por vía auriculotomía izquierda convencional paralela al surco de Sondergaard y enfrente de las venas pulmonares derechas hasta delimitar visualmente el tumor, así como la base de implantación del mismo en la fosa oval. Luego, se realizó una auriculotomía derecha para identificar la fosa oval. Se realizó la resección de la base de implantación del tumor desde el lado derecho, incluyendo tejido sano del septum secundum. Finalmente, una vez desprendida totalmente la base de implantación del tumor, éste fue extraído vía aurícula izquierda, evitando de esta forma fragmentación innecesaria del mismo. Se encontró una masa de aspecto mixomatoso, de superficie



Figura 2. Tomografía computarizada cardíaca que revela gran masa en aurícula izquierda

lisa, amarillento 60 x 80 mm, fijo a septum interauricular, el cual fue reseado en su totalidad (Fig. 3). Se observó dilatación del anillo mitral, con insuficiencia mitral central, tipo I de Carpentier, por lo que se realizó anuloplastia mitral con anillo de PTFE (Fig. 4). La prueba hidrostática intra-operatoria comúnmente empleada en nuestro hospital para evidenciar el grado de funcionalidad mitral posterior a la reparación valvular mostró ninguna regurgitación residual. El defecto interatrial fue cerrado con parche de pericardio. Su evolución postquirúrgica fue favorable, sin ninguna complicación, siendo egresada en el séptimo día del postoperatorio. El reporte histológico confirmó mixoma auricular de 7.0 x 6.5 cm. A los 2 meses de seguimiento la paciente permanece asintomática y con buena clase funcional. El estudio ecocardiográfico postoperatorio a los 3 meses muestra ausencia de regurgitación mitral residual ó recidivante.

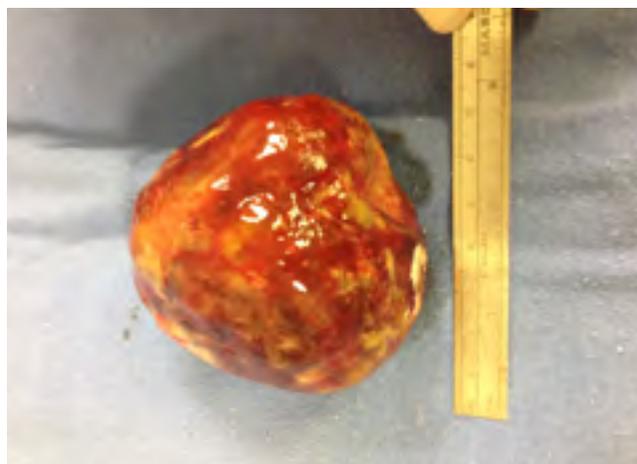


Figura 3. Mixoma auricular izquierdo de 8 cm de diámetro.

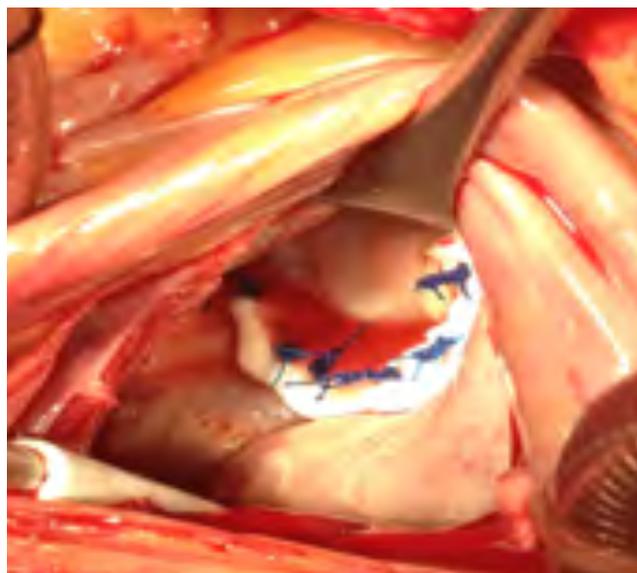


Figura 4. Reparación valvular mitral . Anuloplastia con anillo de politetrafluoretileno.

DISCUSIÓN

Los tumores primarios del corazón son raros, con una incidencia estimada de 0.17-0.19 % en diversas series de autopsias. Los mixomas son los tumores primarios benignos más comunes del corazón (> 50 %), con una incidencia de 0.5 casos por millón de habitantes por año [6]. Estos tumores muy pocas veces se asocian a patología de la válvula mitral y sólo han sido publicados pocos reportes de casos al respecto. La insuficiencia mitral en pacientes con mixoma de aurícula izquierda puede ser consecuencia de la dilatación ventricular y anular o trauma mecánico directo sobre el aparato valvular mitral [7,8]. En la mayor parte de los casos reportados se menciona que la insuficiencia mitral preoperatoria es leve o ausente, sin embargo una vez resecado el mixoma, se eviden-

cia la severidad de la misma, ameritando reparación o reemplazo de la válvula mitral [9-13]. Sin embargo, en nuestro caso la insuficiencia mitral severa se evidencio previo a la cirugía. En conclusión, sería prudente examinar cuidadosamente y de forma rutinaria la válvula mitral en pacientes con mixoma de aurícula izquierda previo y durante la cirugía y en caso de disfuncionalidad considerar reemplazo vs reparación de la misma.

FINANCIAMIENTO: Ninguno.

DECLARACIONES: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Schaff HV, Mullany CJ. Surgery for cardiac myxomas. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 12: 77-88.
2. Reynen K. Cardiac Myxomas. *New Eng J Med*. 1995; 333: 1610-1617.
3. Vargas J, Vargas G, Roldan F, et al. Mixomas cardiacos y complejo de Carney. *Rev Esp Cardiol* 2008; 61: 1205-1209.
4. Arthur Beyder, Kyle Klarich. Large Atrial Myxoma Causing Dynamic Obstruction of the Mitral Valve and Atrial Fibrillation. *Mayo Clin Proc* 2012; 87:e9
5. Butany J, Nair V, Naseemuddin A, Girish M Nair, et al. Cardiac tumours: diagnosis and management. *Lancet Oncol* 2005; 6: 219-228.
6. Percell RL Jr, Henning RJ, Siddique Patel M. Atrial myxoma case report and a review of the literature. *Heart Dis* 2003; 5: 224-230.
7. Koukis I, Velissaris T, Pandian A. Letf Atrial Myxoma Associated with Mitral Valve Pathology in Pregnancy. *Hellenic J Cardiol* 2013; 54: 138-142.
8. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)*. 2001; 80: 159-172.
9. Davoli G, Muzzi L, Lucchese G, et al. Large Left Atrial Myxoma with Severe Mitral Regurgitation. *Tex Heart Inst J* 2006; 33: 51-53.
10. Fujii A, Inaoka M. Huge left atrial myxoma masking the severity of mitral regurgitation; report of a case. *Kyobu Geka*. 2008; 61: 410-413.
11. Formica F, Sangalli F, Paolini G. Unusually large left atrial myxoma causing mitral valve occlusion and hiding a severe mitral regurgitation: a case report. *Heart Surg Forum* 2006; 9: E849-850.
12. Hirose H, Youdelman B, Entwistle J. Stroke from A Large Left Atrial Myxoma. *The Open Cardiovascular Medicine Journal* 2008; 2:115-117.
13. Kamada T, Shiikawa A, Ohkado A, et al. A giant left atrial myxoma with severe mitral valve regurgitation: report of a case. *Kyobu Geka* 2003;56:152-154.