

Infarto del Miocardio y Mixoma en Aurícula Izquierda

Paula Maira A Haffner, Vânia Cristina Monteiro Neves, Gilberto Lins, Elida de Mattos Leite Torres, Wolney de Andrade Martins, Humberto Villacorta Junior, Eduardo Nani Silva, Claudio Vieira Catharina, Gladyston Luiz Lima Souto, Mário Luiz Ribeiro

Faculdade de Medicina da UFF - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ - Brasil

Resumen

Los mixomas son los tumores cardíacos primarios benignos más comunes, siendo que la gran mayoría se localiza en la aurícula izquierda; el 80% tiene su origen en el septo interauricular y el 5% de ellos son biauriculares. Clínicamente, se presentan, casi siempre, con señales y síntomas de enfermedad valvular mitral o de eventos tromboembólicos. Este relato ilustra un caso de mixoma en aurícula izquierda, proyectándose a través de la válvula mitral hacia el ventrículo izquierdo y simulando una estenosis mitral, que evolucionó con accidente vascular cerebral isquémico (AVCi) e infarto agudo del miocardio (IAM), con complicaciones tromboembólicas. El ecocardiograma continua siendo una herramienta valiosa en el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico inmediato es necesario para evitar desenlaces fatales.

Palabras Clave: Mixoma; Neoplasias Cardíacas; Accidente Vascular Cerebral; Infarto del Miocardio; Ecocardiografía.

Introducción

El mixoma, a pesar de ser una condición extraña, es el tumor cardíaco primario más común, totalizando 50% de los tumores benignos del corazón¹⁻³. Sus manifestaciones son variables, entre ellas, se destacan la presencia de disnea, síncope o manifestaciones embólicas como el AVCi y el IAM^{4,5}.

Objetivos

Relatar caso de paciente que presentó accidente vascular cerebral isquémico e infarto agudo del miocardio con complicaciones embólicas de mixoma en la aurícula izquierda.

Relato del Caso

M.D.S., sexo femenino, 58 años, previamente saludable, fue internada en unidad de urgencia en agosto de 2011, con cuadro de hipertensión, hemiparesia y disartria. La tomografía computada de cráneo (TC de cráneo) demostró área hipodensa córtico-subcortical frontal a la izquierda, sugiriendo insulto vascular isquémico previo y laguna isquémica en corona radiada a la derecha, confirmando el diagnóstico de AVCi. No había registro de ECG en esta internación.

Luego del alta, fue llevada a acompañamiento ambulatorio de Cardiología y se solicitó la realización del ecocardiograma transtorácico (EcoTT) y EcocolorDoppler de carótidas y vértebras (DCV), los cuales no fueron realizados.

En febrero de 2012, inició un cuadro de dolor torácico súbito asociado a la disnea. Fue atendida en el servicio de emergencia del Hospital Municipal, en el cual se arrojó la sospecha diagnóstica de síndrome coronario agudo (SCA). En la historia patológica previa, se refirió a hipertensión arterial sistémica (HAS), descubierta hacía 5 meses, luego de la internación por cuadro de AVCi que resultó en disartria leve con secuela. Se desconocía arritmias o cardiopatías previas. Relató ser ex fumadora y alérgica al ácido acetilsalicílico. Hacía uso regular de atenolol 50 mg/día. En esta ocasión se realizaron ECG (Figura 1) y dosificación de enzimas cardíacas, con diagnóstico de IAM sin supradesnivelamiento de ST (Troponina I = 1,47 ng/ml) y fibrilación auricular (FA) de origen indeterminado. Posteriormente, fue transferida hacia el Hospital Universitario para una mejor investigación y conducción del caso.

Al examen, se presentaba con baja coloración (+/4+), hidratada, eupneica en aire ambiente. PA = 100x60 mmHg, FC = 68 bpm, ritmo cardíaco irregular con presencia de rugido diastólico (3+/6+) y soplo sistólico (2+/6+) en foco mitral. Aparato respiratorio, abdomen y miembros sin alteraciones. La EcoTT evidenció una gran masa heterogénea en el interior de la aurícula izquierdo (AI), sugestiva de mixoma midiendo 8,0 x 4,5 x 4,0 cm, adherida al septo interauricular, moviéndose en dirección a la válvula mitral, generando una

Correspondencia: Universidade Federal Fluminense •

Departamento de Medicina Clínica

Av. Marquês do Paraná, Nº 303, 6º Andar, 24030215, Niterói, RJ - Brasil.

E-mail: paulahaffner@gmail.com

Recibido el: 26/10/2012; aceptado el: 03/01/2013.

Relato de Caso

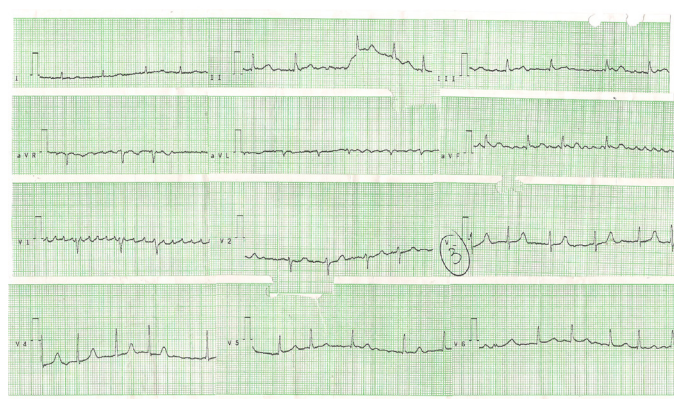


Figura 1 - Electrocardiograma con FA.

estenosis mitral (gradientes diastólicos máximo y medio AI-VI, respectivamente, de 13 mmHg y 9 mmHg) y reflujo leve, con disfunción sistólica leve del VI (Figura 2).

El EcocolorDoppler de carótidas y vértebras evidenció enfermedad ateromatosa leve sin obstrucciones. Se la sometió a cineangiocoronariografía (CAT), la cual no evidenció obstrucción coronaria. Siendo así, la paciente fue llevada a cirugía cardíaca para la resección del mixoma (Figura 3).

No hubo intercurencias en el posoperatorio, mantuvo la FA con la FC controlada y en uso de anticoagulante. El parte histopatológico de la masa confirmó el diagnóstico de mixoma. Hasta el día de hoy, la paciente se presenta asintomática y sin complicaciones del posoperatorio.

Discusión

Los tumores cardíacos primarios son extraños, representando el 0,2% de todos los tumores encontrados en seres humanos, correspondiendo a menos del 5% de todos los tumores cardíacos. Cerca del 70% de los pacientes afectados son mujeres, principalmente, entre la tercera y la sexta década de vida¹⁻⁴. Los mixomas, generalmente, son masas gelatinosas quebradizas, pediculadas, solitarias (94%) y esporádicas, pero pueden estar asociadas a síndromes autosómicos dominantes en un 7% de los casos⁶⁻⁸. Se estima que el crecimiento puede variar entre 1,3 y 6,9 mm/mes y su peso medio es de 37 g, pudiendo alcanzar hasta 180 g³. Histológicamente, son derivados de células mesenquimales multipotentes del subendocardio y tienen como diagnóstico diferencial el trombo intracavitario y el rabdomioma⁸⁻¹⁰. Generalmente, surgen del septo interauricular, siendo que en el 80% de los casos están localizados en la AI y en el 18% en la AD.

Pero, raramente, pueden aparecer en los ventrículos, vena cava, en las arterias aorta y pulmonar, como también en otros órganos^{5,9,10,11}.

La ecocardiografía es el método diagnóstico estándar de oro para la localización y evaluación de la extensión del mixoma y la detección de recurrencia, con una sensibilidad de hasta un 100%^{2,9}. La EcoTT, es un método no invasivo y presenta una sensibilidad de un 95%, pero no identifica tumores menores de 5mm de diámetro, necesitando, en esos casos, de la realización del ecocardiograma transesofágico. Otros exámenes, como la TC y la resonancia magnética, proveen informaciones adicionales y pueden ser útiles para demostrar complicaciones asociadas. La radiografía de tórax y la ECG son inespecíficas, siendo esta última fundamental para evaluar la presencia de arritmias o bloqueos cardíacos, en consecuencia de la infiltración directa del tumor en el tejido de conducción cardíaco o de la propia irritación del miocardio.

El CAT es muy útil en la evaluación preoperatoria de esos pacientes, descartando enfermedad aterosclerótica obstructiva, y como herramienta en la planificación quirúrgica^{4,5,7,12}.

Tan pronto como se haga el diagnóstico del mixoma, la conducta quirúrgica debe ser programada de forma inmediata debido al elevado riesgo de eventos tromboembólicos y posibles desenlaces fatales^{2,5,13}. Generalmente, el tratamiento quirúrgico es definitivo y la recaída es poco común (3% en los tumores esporádicos y 22% en los tumores familiares), pudiendo estar relacionada con la resección incompleta. La recurrencia puede ser local o extracardiaca. Siendo así, se recomienda la realización de estudios ecocardiográficos periódicos en el acompañamiento de esos pacientes^{1,3,9,10}.

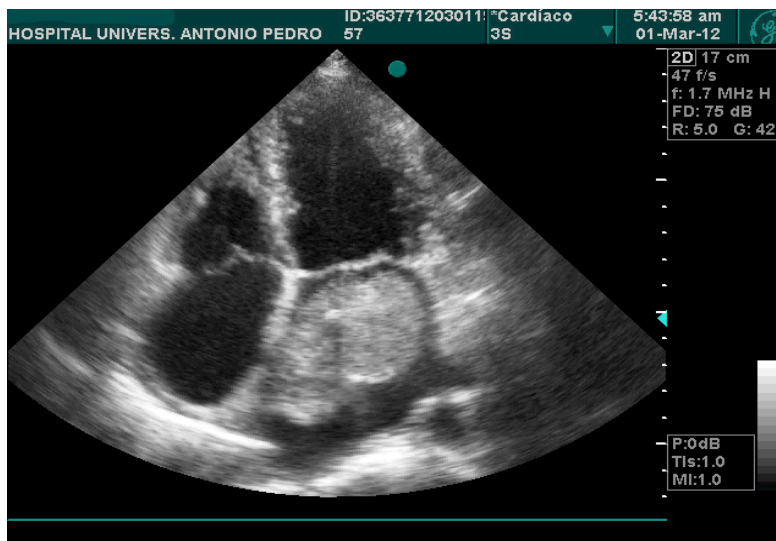


Figura 2 - Ecocardiograma transtorácico en corte apical de cuatro cámaras, mostrando enorme masa en el interior de la aurícula izquierda sugestiva de mixoma.

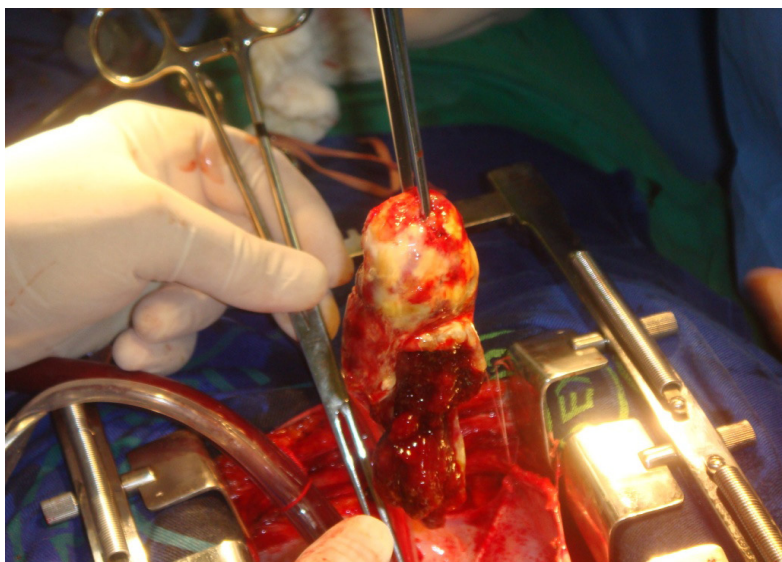


Figura 3 - Masa sugestiva de mixoma resecada en cirugía cardíaca.

Este caso retrata una paciente con diagnóstico de AVCi, en unidad de urgencia, a partir del resultado de la TC de cráneo y que, no obstante, recibió el alta para su volver a su casa sin la realización de los demás exámenes, inclusive sin la ECG. Según la paciente, no fue posible marcar la consulta con el cardiólogo, la EcoTT y el DCV de forma ambulatoria. Se sabe que, en cuadros de AVCi, se debe siempre buscar la etiología del evento, pudiendo esta ser de fisiopatología

trombótica o embólica, lo que implica cambios en el acompañamiento y en la terapia de esos pacientes.

La paciente tenía 58 años y, como factores de riesgo, presentaba apenas HAS leve, recién diagnosticada y pasado de tabaquismo, lo que tal vez no justificase como causa al origen trombótica en lugar de la embólica. Siendo así, tal vez si la ECG, la EcoTT y DCV se hubiesen podido realizar en esta misma internación, la etiología hubiese podido

Relato de Caso

definirse ya en el primer evento. No obstante, como no fue posible concretar estos exámenes a nivel ambulatorio, en febrero de 2012, la paciente presentó un nuevo episodio con dolor torácico típico y SCA, necesitando ser internada. En esa ocasión, la ECG inicial ya demostraba una FA de inicio indeterminado, corroborando la hipótesis de origen embólica. No había desnivelamiento del segmento ST, sin embargo la troponina I fue positiva, confirmando el diagnóstico de IAM sin supradesnivelamiento de ST. A partir de ahí, se solicitaron el EcoTT, el DCV, además del CAT, para complementar la investigación del SCA.

Con el seguimiento del caso, se detectó a través de la EcoTT una gran masa en el interior de la AI, sugiriendo mixoma auricular y, por este motivo, fue llevada al Hospital Universitário para una mejor conducción del caso. Al examen físico, se notó, en el aparato cardiovascular, la presencia de rugir diastólico en foco mitral, simulando una estenosis mitral. Se sabe que la auscultación cardíaca en mixomas auriculares puede variar mucho dependiendo de la localización, del tamaño, de la movilidad y del movimiento del tumor por las válvulas. El 15% de los casos, se puede auscultar un soplo protodiastólico denominado tumor plop, tal como fue identificado en esta paciente^{3,5}.

Las señales y síntomas pueden ser muy variados, dificultando el diagnóstico, una vez que, dependiendo de las características y localización del tumor, como también del grado de actividad física y posición del cuerpo, este puede tener un curso asintomático o evolucionar con episodios tromboembólicos, culminando hasta en una muerte súbita^{10,13}. La tríada clásica encontrada en pacientes con mixoma cardíaco se caracteriza por obstrucción del flujo sanguíneo, episodios tromboembólicos

(40% de los casos) y, eventualmente, síntomas constitucionales, como por ejemplo, astenia, fiebre o pérdida de peso, debido a la producción de interleucina-6^{2,7,10,12,13}. Las manifestaciones más comunes son disnea, dolor torácico atípico y síncope. La disnea y el dolor torácico atípico pueden ser resultado de una probable embolia de fragmentos del tumor o del trombo formado sobre su superficie, llevando a un IAM (0,5%) y a un AVCi (20%). Además de eso, la protuberancia del tumor hacia el interior del ventrículo izquierdo por medio de la válvula mitral, durante la diástole, causando obstrucción temporaria al flujo de la válvula mitral, podría explicar el dolor torácico y la isquemia miocárdica durante el esfuerzo^{7,9,10,12}.

Aunque la embolización sistémica sea frecuente, la participación de la arteria coronaria, llevando a su oclusión, es extremadamente rara, siendo el mixoma una causa rara de IAM. Otra hipótesis plausible para la ocurrencia del IAM sería la presencia de una masa altamente vascularizada en la aurícula izquierda, que llevó a la isquemia por el efecto robo coronario⁷. Pero, en este caso, la paciente, a pesar de poseer coronarias normales, sufrió un AVCi e IAM, probablemente, por el mecanismo de embolización a partir del mixoma^{2,3,6,7,11}.

Conclusión

A pesar de que los mixomas presenten un carácter histológico benigno, ellos pueden evolucionar con desenlaces desfavorables, culminando en una muerte súbita^{5,8}. Por medio de este relato, destacamos la importancia de la ecocardiografía para el diagnóstico de los pacientes víctimas de eventos tromboembólicos, sin otras causas aparentes, pues esto impacta de manera decisiva en el tratamiento y pronóstico de esta patología^{2,9,13}.

Referencias

1. Pontes JCDV, Silva JVR, Benfatti RA, Duarte JJ. Mixoma atrial esquerdo múltiplo. Relato de caso. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2011;26(3):497-9.
2. Demir M, Akpınar O, Acarturk E. Atrial myxoma: an unusual cause of myocardial infarction. *Tex Heart Inst J*. 2005; 32: 445-7.
3. Zipes D, Libby P, Bonow O, Mann L. Braunwald tratado de doenças cardiovasculares: tumores primários cardíacos.. 7ª.ed. Rio de Janeiro :Elsevier;2007.p.1741-4.
4. Gismondi RA, Kaufman R, Correa GA, Nascimento C, Weitzel LH, Reis JOB, et al. Mixoma em átrio esquerdo associado a doença arterial coronariana obstrutiva: relato de caso. *Arq Bras Cardiol*.2007;88(1):e1-e3.
5. Barbuto C, Sueth DM, Pena FM, Vieira MA, Franklin MM, Teixeira MM. Mixoma atrial esquerdo - relato de caso. *Rev SOCERJ* .2006;19(2):180-3.
6. Konagai N, Cho M, Shigematsu H. Left atrial myxoma associated with acute myocardial infarction and multiple cerebral infarctions: report of a case. *Surg Today*.2010;40(12):1159-63.
7. Alvarez JR, Quiroga JS, Cereijo JMM, Lopez LR. Coronary steal by left atrial myxoma. *Cases Journal*.2009;2:6741.
8. Braun S, Schrotter H, Reynen K, Schwencke C, Strasser RH. Myocardial infarction as complication of left atrial myxoma. *Int J Cardiol* 2005; 101(1):115-21.

9. Yoo M, Graybeal DF. An echocardiographic-confirmed case of atrial myxoma causing cerebral embolic ischemic stroke: a case report. *Cases J.* 2008;1:96.
10. Meira EBS, Ho CL, Santos MMF, Pimenta J. Mixoma de atrio esquerdo provocando infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol.* 1996;67(5):347-9.
11. Ozaydin M, Dogan A, Altinbas A. Left atrial myxoma presenting with acute myocardial infarction – a case report. *Angiology.* 2005, 56(6):767-9.
12. Vazir A, Douthwaite H. Rapidly growing left atrial myxoma - a case report. *J Med Case Reports.* 2011;5:417.
13. Britta V, Thomas D, Mereles D, Rottbauer W, Katus HA. Systemic embolization and myocardial infarction due to clinically unrecognized left atrial myxoma: Case reports. *Case Report Med.* 2011;2011:1-3.