

Mixoma en Ventrículo Derecho

Cristina Schneider,¹ Maria Natividade Santos Costa Lopes,¹ Simone Ferreira Leite,¹ Camila Costa Oliveira,¹ Nestor Sabatovicz Jr,² Maria Cristina Resende²

Hospital Anchieta;¹ Hospital Santa Lúcia,² Distrito Federal – Brasil

Introducción

Los tumores primarios del corazón y pericardio son poco frecuentes, presentando en series de necropsias incidencia que varía de 0,001% a 0,2%, con características histológicas benignas en 75% de los casos.^{1,2}

Los mixomas cardíacos responden por cerca de 50% de las neoplasias benignas, siendo únicos en la mayoría de los casos. Se ubican, preferentemente, en el atrio izquierdo, con incidencia de 70 a 80%, 18% en el atrio derecho, y más raramente, de 2 a 5%, en los ventrículos, o multicéntricos.³⁻⁶ Mixomas que se originan en el ventrículo derecho (VD) y obstruyen la vía de salida del ventrículo derecho (VSVD) son extremadamente raros en niños.⁵

Los pacientes presentan por lo menos una de las características de la tríada clásica descrita, que incluye síntomas de manifestaciones constitucionales, embólicas u obstructivas.²

Estos tumores surgen en el endocardio de una célula mesenquimal o multipotente del subendocardio, formando una masa, frecuentemente recubierta por trombos, con tamaño medio de 5 cm de diámetro, peso de 50 g a 60 g, generalmente envueltos en un estroma mixomatoso e, histológicamente, se distinguen de trombos organizados por estar recubiertos de endotelio.²

El presente trabajo relata el caso de una paciente joven oligosintomática portadora de voluminoso mixoma en VD, localización extremadamente rara.

Relato del Caso

Paciente del sexo femenino, 18 años, presentó malestar e indisposición dos meses antes de la consulta, siendo diagnosticado hipotiroidismo. Medicada con levotiroxina y con mejora parcial, refería, mientras tanto, dolor precordial al hacer actividades físicas más intensas, taquicardia, astenia, vértigo y trastornos visuales, que mejoraban con el reposo. Al examen físico presentaba FC 111 lpm, PA 101 x 76 mmHg y soplo sistólico discreto en punta, sin otras alteraciones.

Palabras clave

Mixoma/ diagnóstico por imagen; Mixoma/cirugía; Disfunción Ventricular Derecha; Ecocardiografía/métodos; Espectroscopia de Resonancia Magnética/ métodos.

Correspondencia: Maria Natividade Santos Costa Lopes • SHIN QI 02, Conj. 04, Casa 16. Código Postal 71510-040, Lago Norte, Brasília, DF - Brasil
E-mail: naticostalopes@gmail.com
Artículo recibido el 25/10/2017; revisado el 7/11/2017; aceptado en 07/11/2017

DOI: 10.5935/2318-8219.20180007

Electrocardiograma presentaba taquicardia sinusal (102 lpm), sobrecarga atrial derecha y bloqueo incompleto de rama derecha.

Ecocardiograma transtorácico evidenciaba voluminosa masa heterogénea, lobulada, móvil, ocupando toda la cavidad del VD (cerca de 5,4 x 2,7cm) invadiendo tanto la VSVD como la vía de entrada, generando restricción al llenado ventricular. No fue posible identificar su lugar de inserción. No había obstrucción a la VSVD (Figura 1A).

Tomografía computada (TC) de tórax con contraste endovenoso, así como la resonancia magnética nuclear (RMN), evidenciaron formación expansiva sólida en el interior del VD, bilobulada, con pedículo de origen en el subendocardio del septo interventricular, llenando esta cámara y extendiéndose hacia la cavidad atrial y VSVD, sin características infiltrativas (Figura 1B).

La paciente fue sometida a cirugía, realizando exéresis de masa ocupando todo el VD con adherencias y destrucción de la válvula tricúspide, adherida al septo interventricular, plastia de la válvula tricúspide y cierre de comunicación interatrial pequeña, hallazgo quirúrgico, sin intercurencias (Figura 2A).

El estudio anátomo-patológico evidenció tumoración de aspecto mixoide en medio de la hemorragia y vasocongestión, conteniendo células pequeñas, ora aisladas, ora dispuestas en fila, con citoplasma eosinófilo, distribuidas difusamente, no evidenciando atipias o figuras de mitosis, siendo la conclusión del estudio de mixoma de VD (Figura 2B).

La paciente recibió alta para control ambulatorio y el ecocardiograma en el posoperatorio mostró ausencia de masa tumoral, plastia tricúspide con insuficiencia de grado moderado y función sistólica biventricular preservada.

Discusión

El mixoma cardíaco afecta pacientes en la franja etaria de 15 a 80 años, con una media aproximada de 50 años.^{2,4} ligera predominancia femenina (5:4) y a pesar de presentar carácter histológico benigno, pueden llevar a evolución desfavorable, siendo responsables por complicaciones incapacitantes.^{2,3,5}

Los mixomas del VD generalmente causan síntomas resultantes de la obstrucción de la VSVD, pudiendo ocurrir cuadros de síncope, embolia pulmonar y muerte súbita.^{6,7} En la literatura hay pocos relatos de casos aislados de mixomas de VD, en la mayoría de los casos ocurriendo con obstrucción de la VSVD. Seong et al.⁷ relatan el caso de un paciente con cuadro muy semejante al nuestro, donde un voluminoso mixoma originado en el VD, no obstruía la vía de salida de esta cavidad y mostraba densa adhesión a las valvas de la válvula tricúspide, y como en nuestro caso, la cirugía incluyó también la plastia de la válvula tricúspide.

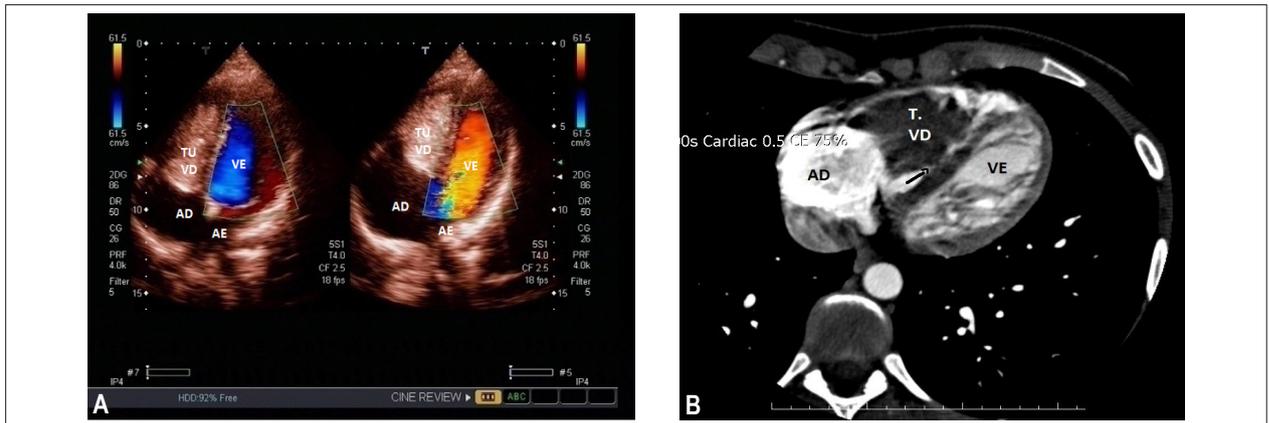


Figura 1 – A: Ecocardiograma transtorácico, corte apical - Tumoración ocupando toda la cavidad del ventrículo derecho. B: Tomografía computada mostrando inserción de la masa en el septo interventricular.

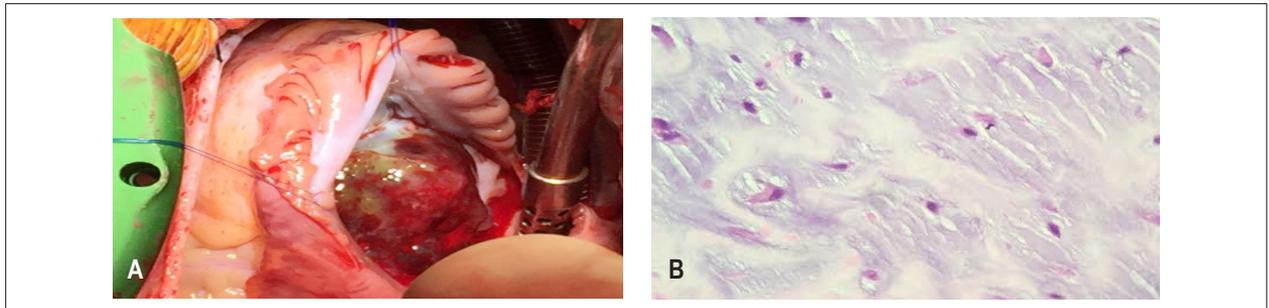


Figura 2 – A: Aspecto de la tumoración después de apertura del atrio derecho. B: Aspecto histopatológico, confirmando diagnóstico de mixoma.

Debido a la inespecificidad de los síntomas, el diagnóstico de los tumores cardíacos es por sospecha clínica, ya que pueden simular enfermedades sistémicas, enfermedades valvulares, miocardiopatías y pericardiopatías, siendo los métodos de imagen, particularmente el ecocardiograma, el examen de elección para el diagnóstico,⁷ con excelente sensibilidad (95%) en la detección del tumor, pudiendo llegar hasta 100% cuando es asociado a la ecocardiografía transesofágica.^{3,6}

La TC es útil para determinar el punto de fijación del tumor, el grado de invasión intramural, envolvimiento del pericardio y estructuras extracardíacas, mientras que la RMN tiene excelente correlación con el hallazgo histopatológico, visión en 3 dimensiones, facilitando la definición de la localización tumoral y su movilidad, siendo considerados los exámenes de elección para caracterizar los tumores cardíacos.^{8,9}

El diagnóstico definitivo de mixoma necesita confirmación con estudio histopatológico.

En el presente caso, que ilustra un lugar poco común de aparición tumoral, la sintomatología presentada por la paciente fue bastante inespecífica, sin embargo la correlación entre los hallazgos en los exámenes de imágenes y el estudio anatomopatológico, confirmaron el diagnóstico de mixoma.

El tratamiento es la remoción quirúrgica del tumor con buen margen de seguridad, para evitar recidivas, a pesar

de ser muy baja su incidencia. Como medida preventiva de estas recurrencias, es recomendado control regular del paciente, incluyendo evaluación ecocardiográfica periódica,⁸ habiendo sido ésta la conducta adoptada para el presente caso.

Contribución de los autores

Obtención de datos: Schneider C, Lopes MNSC, Leite SF, Oliveira CC, Resende MC; Redacción del manuscrito: Schneider C, Lopes MNSC; Selección de referencias bibliográficas: Schneider C, Lopes MNSC, Oliveira CC; Documentación intraoperatoria: Sabatovicz Jr N, Resende MC.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro que no hay conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiamiento

El presente estudio no tuvo fuentes de financiamiento externas.

Vinculación Académica

No hay vinculación de este estudio a programas de postgrado.

Referencias

1. Motta AAR, Colen Filho E, Colen EA, Vieira JAS, Alves MAP, Borges MF, et al. Left atrial myxoma: report of three cases. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 1997;12(4):377-83. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76381997000400011
2. Barbutto C, Sueth DM, Pena FM, Vieira MA, Franklin MM, Teixeira MA. Mixoma atrial esquerdo. *Rev SOCERJ.* 2006;19(2):180-3.
3. Lobo Filho JG, Sales DLS, Borges AEPP, Leitão MC. Mixoma de átrio direito com prolapso para o ventrículo direito. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2006;21(2):217-20. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76382006000200017
4. Manfroi W, Vieira SR, Saadi EK, Saadi J, Alboim C. Múltipla recorrência de mixomas cardíacos com embolia pulmonar aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2001;77(2):161-3. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/80066-782x2001000800007
5. Wiegard G, Sieverding L, Kramer U, Haen S, Hofbeck M. Multimodality imaging of a subtotally obstructive right ventricular myxoma in a asymptomatic 10- year-old girl. *Ann Pediatr Cardiol.* 2014;7(2):158-9. doi:10.4103/0974-2069.132519
6. Gribaa R, Slim M, Kortas C, Kacem S, Ben Salem H, Quali S, et al. Right ventricular myxoma obstructing the right ventricular outflow tract: a case report. *J Med Case Rep.* 2014;8:435-7. doi:10.1186/1752-1947-8-435
7. Ho Cho S, Shim MS, Kim W. We the right ventricular myxoma which attached to the tricuspid valve: sliding tricuspid valvuloplasty. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2015; 48(3):228-30. doi:10.5090/kjtcs2015.48.3.228
8. Lacey B W, Lin A. Radiologic evaluation of right ventricular outflow tract myxoma. *Tex Heart Inst J.* 2013;40(1):68-70. PMID:PMC3568267
9. Ponczek MAK, Feitosa FS, Olivetti NQS, Introcaso MC, Ianni B, Mady C. Mixoma em Ventrículo Direito com Embolização Pulmonar. *Rev bras ecocardiogr imagem cardiovasc.* 2010;23(4):108-11.