



Mixoma auricular izquierdo: reporte de caso*

John Alexánder Conta-López^a ■ Ledmar Jovanny Vargas-Rodríguez^b
■ Daniel Felipe Gutiérrez-Villamil^c

Resumen: La presentación de los tumores cardíacos es poco frecuente, y son los mixomas cardíacos (cm) los más comunes; se calcula que son el 70 % de todos los tumores benignos primarios cardíacos y, de estos, más del 75 % de los mixomas se origina en la aurícula izquierda. Mujer de 40 años de edad, con síncope referido por testigo, con posterior bradipsiquia e hipoactividad, pérdida de peso de 13 kg. Al ingreso refirió parestias en manos y pies del hemicerpo izquierdo, disartria leve, disminución de la mímica facial izquierda. Resonancia de cerebro mostraba múltiples focos de comportamiento isquémico, considerando enfermedad tromboembólica. El ecocardiograma denotaba masa con imágenes móviles sugestivas de tumor tipo mixoma en primera opción, con alta probabilidad de embolia tumoral. Ante estos hallazgos, se decidió solicitar remisión a cirugía cardiovascular, por masa intracardiaca con muy alto riesgo embólico, donde se confirmó mediante estudio histopatológico que la masa correspondía a un mixoma auricular. La presencia de masas intracardiacas es rara, con una baja prevalencia general. La prevalencia de mixomas es de un 58,14 % [ic 95 % = 51,95; 64,09 %], concluyendo al mixoma como más común. La tríada clínica que puede generar se compone de cuadros sincopales, tromboembolismos y síntomas constitucionales. La imagenología son los estudios de primera línea en la identificación.

Palabras clave: mixoma auricular; embolia; ictus; reporte de caso

Recibido: 15/05/2022. **Aceptado:** 19/02/2024. **Disponible en línea:** 10/04/2024.

Cómo citar: Conta Lopez, J. A., Gutiérrez-Villamil, D. F., & Vargas Rodríguez, L. J. (2024). Mixoma auricular izquierdo: reporte de caso. *Revista Med*, 31(2), 89–94. <https://doi.org/10.18359/rmed.6267>

* Reporte de caso.

- a** Médico internista, cardiólogo, Hospital Universitario San Rafael, Tunja, Colombia.
Correo electrónico: drjohnconta@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6855-3555>
- b** Médico, epidemiólogo, Hospital Universitario San Rafael, Tunja, Colombia.
Correo electrónico: lejovaro@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6001-5720>
- c** Médico, Universidad de Boyacá, Tunja, Colombia. Correo electrónico: lejovaro@gmail.com.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2114-2839>

Left Atrial Myxoma: Case Report

Abstract: The presentation of cardiac tumors is rare, and cardiac myxomas (CM) are the most common; it is estimated that they account for 70% of all primary benign cardiac tumors, and of these, more than 75% of myxomas originate in the left atrium. A 40-year-old woman presented with syncope reported by a witness, followed by bradyphrenia and hypoactivity, and a weight loss of 13 kg. On admission, she reported paresis in the hands and feet of the left half of the body, mild dysarthria, and decreased left facial mimicry. Brain MRI showed multiple foci of ischemic behavior, considering thromboembolic disease. Echocardiography revealed a mass with mobile images suggestive of myxoma as the primary option, with a high probability of tumor embolism. Given these findings, referral to cardiovascular surgery was requested due to an intracardiac mass with a very high embolic risk, where histopathological study confirmed that the mass corresponded to an atrial myxoma. The presence of intracardiac masses is rare, with a low overall prevalence. The prevalence of myxomas is 58.14% [95% CI = 51.95; 64.09%], concluding myxoma as the most common. The clinical triad it may generate consists of syncopal episodes, thromboembolisms, and constitutional symptoms. Imaging studies are the first-line approach for identification.

Keywords: Atrial Myxoma; Embolism; Stroke; Case Report

Mixoma atrial esquerdo: relato de caso

Resumo: A apresentação de tumores cardíacos é rara, sendo os mixomas cardíacos (CM) os mais comuns; estima-se que representem 70% de todos os tumores cardíacos benignos primários, sendo que mais de 75% dos mixomas se originam na aurícula esquerda. Uma mulher de 40 anos, com síncope testemunhada, seguida por bradipsiquia e hipoatividade, perda de peso de 13 kg. No momento da admissão, ela apresentava paresia nas mãos e nos pés do hemitorço esquerdo, leve disartria e diminuição da mímica facial esquerda. A ressonância magnética cerebral mostrava múltiplos focos de isquemia, sugerindo doença tromboembólica. O ecocardiograma revelou uma massa com imagens móveis sugestivas de um mixoma como primeira opção diagnóstica, com alta probabilidade de embolia tumoral. Diante desses achados, optou-se pelo encaminhamento para cirurgia cardiovascular devido à massa intracardíaca com risco embólico muito alto, onde o estudo histopatológico confirmou tratar-se de um mixoma atrial. A presença de massas intracardíacas é rara, com baixa prevalência geral. A prevalência de mixomas é de 58,14% [IC 95% = 51,95; 64,09%], destacando o mixoma como o mais comum. A tríade clínica associada inclui quadros sincopais, tromboembolismos e sintomas constitucionais. A imagem é fundamental para o diagnóstico.

Palavras-chave: mixoma atrial; embolia; acidente vascular cerebral; relato de caso

Introducción

La presentación de los tumores cardíacos es poco frecuente, y son los mixomas cardíacos (CM) los más comunes; se calcula que son el 70 % de todos los tumores benignos primarios cardíacos y, de estos, más del 75 % de los mixomas se originan en la aurícula izquierda, ya sea en el anillo mitral o en el borde de la fosa oval del tabique interauricular. El 20 % surge en la aurícula derecha, mientras el 5 % proviene tanto de las aurículas como del ventrículo (1).

Se presenta el caso de mujer joven con síntomas constitucionales y múltiples episodios sincopales, catalogados en ocasiones previas como síncope vasovagales, sin estudios imagenológicos cardíacos previos. Con reingreso en esta ocasión por ictus isquémico establecido, dada cardioembólica facilitada por tumor. Se destaca la importancia de la imagenología y la sospecha de los síntomas antes de presentar embolizaciones.

Reporte de caso

Paciente femenina de 40 años de edad, con síncope referido por testigo, que indicó pérdida del tono postural y del estado de la conciencia durante 10 minutos, con posterior bradipsiquia e hipoactividad, familiar refiere haber presentado tres episodios con síntomas presincopales previos, último hace ocho meses y pérdida de peso de 13 kg en un mes. Al ingreso refirió parestias en manos y pies del hemicuerpo izquierdo, disartria leve, disminución de la mímica facial izquierda que con el estímulo alérgico remite, fuerza braquiocrural 4/5 izquierdo; con signos vitales de presión arterial de 99/63 mmHg, frecuencia cardíaca de 73 latidos por minuto.

Se toma TAC de cráneo simple sin alteración y se ordena IRM de cerebro, que evidencia múltiples focos de comportamiento isquémico reciente frontotemporoparietal, en territorio de la arteria cerebral media derecha, en ambos hemisferios cerebelosos y en región lenticular izquierda, considerando enfermedad tromboembólica (ver imagen 1).

En el ecocardiograma TE (imagen 2) se encontró STRAIN longitudinal global promedio de -17,0 % fracción de eyección preservada del 67 %.

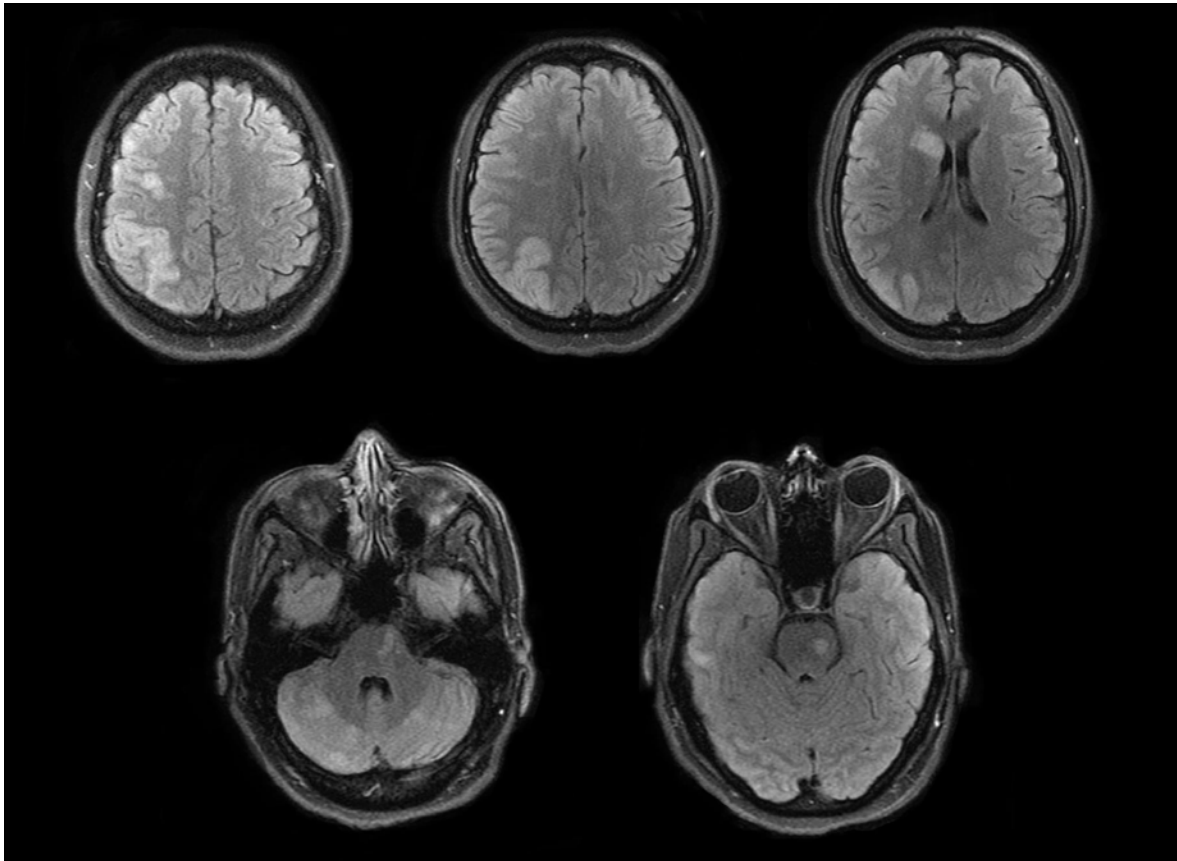
Aurícula izquierda con área de 16 cm², con volumen de 51 ml, para un índice de volumen de 32 ml/m², cavidad levemente dilatada; se observa gran masa dependiente del septum interauricular de bordes mal definidos con ecos mixtos en sus interior de 4,4 cm por 2,7 cm, con un área de 14 cm² y un volumen aproximado de 28,4 ml, que ocupa el 90 % de la aurícula izquierda y que prolapsa 2,3 cm el plano valvular mitral, sobre la superficie de esta masa se observaron imágenes móviles sugestivas de tumor tipo mixoma en primera opción con alta probabilidad de embolia tumoral.

Al interrogatorio *doppler* color de la masa no se documentan imágenes vascularizadas. Con auriculilla izquierda de tamaño normal, sin evidencias de contraste espontáneo ni trombos intracavitarios. En la válvula mitral se evidenció insuficiencia leve de jet excéntrico, con vena contracta de 3,0 mm secundaria a defecto de coaptación por gran masa que prolapsa el plano valvular mitral en la diástole ventricular, al flujo *doppler* diastólico se observa obstrucción del anillo mitral, y se observó flujo anterógrado por el borde posterior y lateral de la válvula mitral. Flujo transventricular diastólico es tipo II, al *doppler* mitral, onda E 1,4 m/s se modifica con la inspiración normal hasta 1.0 m/seg con variabilidad aumentada sugestiva de repercusión hemodinámica por la masa en el anillo mitral, tiempo de desaceleración mitral de 260 m/s, relación E/A de 1,2, E/e' septal 16, presión de fin de diástole de 17 mmHg, con gradiente pico de 10 mmHg, gradiente medio de 2,0 mmHg, VTI valvular mitral 41,1cm.

Ante estos hallazgos, se decidió solicitar remisión a cirugía cardiovascular, por masa intracardiaca con muy alto riesgo embólico, donde se confirmó mediante estudio histopatológico que la masa correspondía a un mixoma auricular.

Discusión

La presencia de masas intracardiacas es rara, con una baja prevalencia general. Se encontró en la revisión sistemática de la literatura y metanálisis de Rahouma M, *et al.* (1) que la prevalencia de mixomas es de un 58,14 % [IC 95 % = 51,95; 64,09 %] dentro de los tumores cardíacos, esto derivado del

Imagen 1. IRM

Fuente: tomado de la historia clínica del paciente.

metanálisis de 70 estudios que incluyeron 8106 casos con tumores cardíacos ($P < 0,0001$), concluyendo que es el mixoma lo más común.

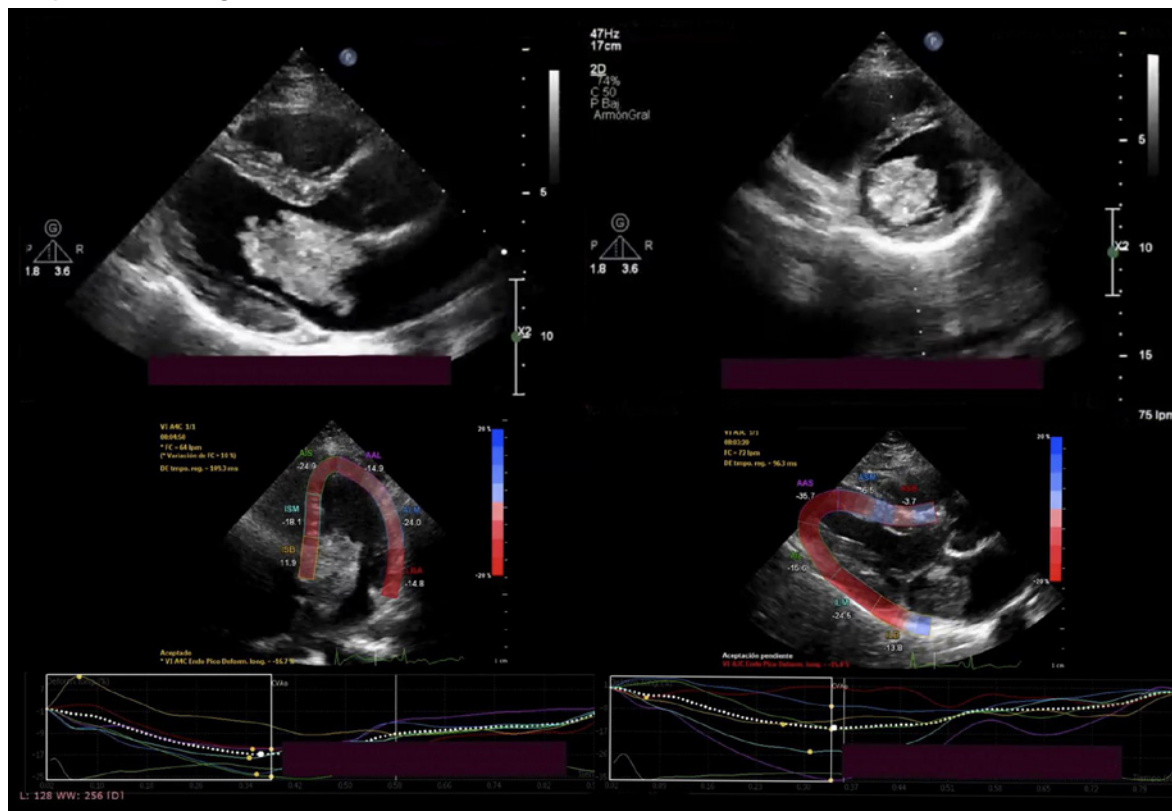
Este tipo de tumores cardíacos se encuentra comúnmente en la aurícula izquierda, en el anillo mitral o en el borde de la fosa oval del tabique interauricular, y presenta la siguiente tríada clínica de complicaciones: primero, la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (asociado a cuadros sincopales); segundo, embolizaciones arteriales (manifestando ictus y tromboembolismos) y síntomas constitucionales (como fiebre y pérdida de peso) (2), síntomas que se deben priorizar en pacientes con cuadros repetitivos que cumplan las características clínicas anteriormente descritas, sin un diagnóstico claro.

En el estudio de masas intracardíacas juega un papel importante la imagenología, siendo la ecocardiografía transtorácica (ETT) y transesofágica (ETE) estudios de primera línea en la identificación

de CM; sin embargo, es importante distinguir que la ETE presenta mayor sensibilidad en el momento del diagnóstico de masas intracardíacas (3). Es imperativo recordar que estas no desplazan los estudios imagenológicos como la tomografía computarizada (TAC) y la resonancia magnética (IRM) (4), estudios que son pilares indispensables en el diagnóstico de pacientes con manifestaciones clínicas propias de mixomas auriculares izquierdos.

La prevención de complicaciones mayores se relaciona dado el aumento del riesgo de embolización. Están relacionadas a los siguientes factores de riesgos: la clase funcional NYHA I - II, la hipertensión arterial sistémica por activación de la línea plaquetaria con aumento de la hipercoagulabilidad y del fibrinógeno (5). En nuestro caso, no teníamos ninguno de estos factores de riesgo presentes en la paciente, sin embargo, ya se presentaba una embolización a cerebro.

Imagen 2. Ecocardiograma TE



Fuente: tomado de la historia clínica del paciente.

Las características de la masa se clasifican en la ubicación del tumor, su tamaño base, su movilidad y su superficie, esta última caracterizada en dos tipos: el tipo 1, que se caracteriza por una superficie irregular y una consistencia suave, mientras que el tipo 2 presenta una superficie regular y una consistencia compacta. Presenta mayor riesgo de embolización el tipo 1 por su condición friable con predisposición a desprendimiento de pequeños fragmentos (5, 6). En el ETE pudimos observar la superficie irregular y la presencia de las diferentes características morfológicas antes descritas en la masa cardiaca de nuestra paciente.

Referencias

1. Rahouma M, Arisha MJ, Elmously A, et al. Cardiac tumors prevalence and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. 2020;76:178-189. doi:10.1016/j.ijsu.2020.02.039
2. Dias RR, Fernandes F, Ramires FJ, Mady C, Albuquerque CP, Jatene FB. Mortality and embolic potential of

cardiac tumors. *Arq Bras Cardiol*. 2014;103(1):13-18. doi: 10.5935/abc.20140096

3. Morka A, Kohut J, Radzymińska-Chruściel B, Mroczek T, Gładki M, Weryński P, et al. Echocardiography and newer imaging techniques in diagnosis and long-term follow-up of primary heart tumors in children. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020; 17(15): 5471. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32751243/>
4. Negishi T, Miyazaki S, Negishi K. Echocardiography and cardio-oncology. *Heart Lung Circ* [Internet]. 2019; 28(9):1331-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31230869/>
5. Liu Y, Wang J, Guo L, Ping L. Risk factors of embolism for the cardiac myxoma patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovasc Disord*. 2020;20(1):348. Published 2020 Jul 25. doi:10.1186/s12872-020-01631-w
6. Swartz MF, Lutz CJ, Chandan VS, Landas S, Fink GW. Atrial myxomas: pathologic types, tumor location, and presenting symptoms. *J Card Surg*. 2006 Jul-Aug; 21(4):435-40. doi: 10.1111/j.1540-8191.2006.00265.x. PMID: 16846432.

