

Mixomas cardíacos: presentación clínica, resultados quirúrgicos y pronóstico a largo plazo

ROBERTO R. BATTELLINI¹

En esta edición de la *RAC*, González y colaboradores presentan la revisión de 59 casos de mixomas cardíacos operados en la Fundación Favalaro entre 1992 y 2006. (1) Por azar, el número de pacientes es exactamente igual al comunicado por Bossert, operados en Leipzig entre 1994 y 2004. (2)

Los autores hacen una buena revisión de la bibliografía, a la cual podemos agregar el primer caso operado sin extracorpórea por Bahnson en 1957. (3)

Considerando la presentación anatomoclínica, el porcentaje de casos con implantación en la aurícula izquierda fue del 85% en Leipzig y del 81% en Buenos Aires, nuevamente similar.

Aparentemente, al juzgar por la dimensión del tumor en la cirugía, el diagnóstico en la Argentina es más tardío y con mayores síntomas.

Resulta muy interesante la diferenciación en síndromas de presentación, así como novedoso el comentario acerca de que los mixomas más pequeños embolizan más que los grandes, al contrario de lo que sería lógico, sin dudas, a causa de la implantación en estructuras muy móviles. (4)

Los autores concluyen que el mixoma cardíaco habitualmente se diagnostica en pacientes sintomáticos (10,1% asintomáticos); esto coincide con otras presentaciones nacionales, (5) pero no con la experiencia de Leipzig, probablemente debido a la enorme facilidad en Alemania para realizar eco transesofágico (ETE). Los propios autores refieren que con el progreso acelerado de los métodos por imágenes se ha incrementado la frecuencia de identificación temprana.

Muy interesantemente describen el síndrome de Carney como predisponente para recidivas y se detectó en dos casos (3,8%) en cada una de las series (Buenos Aires y Leipzig).

Se presenta un caso de recidiva tumoral, al igual que en Leipzig, operado después de publicada la serie. Se trataba de una joven a la que, a la resección del tumor, en la base de éste se le había agregado crioblación a -80 grados. En la reoperación se hizo resección y parche con pericardio.

Hubo un caso de embolia pulmonar preoperatoria en un mixoma de la aurícula derecha; hubiera sido interesante conocer cómo fue tratado y si se abordó la arteria pulmonar como en otro comunicado en 2005. (10)

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Es llamativo que la temperatura de la CEC referida fuera desde 28 °C, ya que lo habitual en estos casos es que se haga a 32 °C.

Los autores mencionan que se efectuó la exploración visual de las cuatro cámaras cardíacas y cuando ella no fue posible, se realizó ETE. Llama la atención esta elección, dado que para otros éste es el patrón oro diagnóstico, con lo cual acordamos. Con el advenimiento del ETE, la inspección directa de las cavidades cardíacas es innecesaria, coincidiendo con Cenofanti. (6) No mencionan su preferencia de abordaje auricular o biauricular como lo hacen otros autores. (5, 11) Hubo un porcentaje alto de necesidad de cierre con parche: 50,8% versus 6,7% en Leipzig y 6,1% en Graz, Austria. (7)

No se hicieron abordajes por minitoracotomía, lo que es posible para los mixomas y otros tumores cardíacos; por esta vía se operó el 32,2% de la serie de Bossert en 2005. (2) Muy recientemente, Vistarini publicó esta técnica (8) e incluso Gao (9) ya describió el abordaje robótico.

RESULTADOS

La mortalidad fue la misma para ambas series (1,7%), lo que revela que la serie argentina tiene resultados internacionales. El bloqueo A-V posoperatorio con requerimiento de marcapasos se presentó en el 1,4% en Buenos Aires y en el 3,4% en Leipzig, dos casos con bloqueo ya preoperatorio. Las arritmias supraventriculares (ASV) se presentaron en el 6,8% en Leipzig y en el 23,7% en Buenos Aires, pero en la serie de González y colaboradores los pacientes con ASV tenían mayor diámetro tumoral. (1, 2) Probablemente si se hubiera dividido la larga experiencia en dos períodos, el segundo se hubiera parecido más a la serie de Leipzig.

CONCLUSIONES

El trabajo de González y colaboradores se trata de la mayor serie nacional con resultados internacionales, en cuanto a recidivas, mortalidad y seguimiento. El diagnóstico es probablemente más tardío en la Argentina, por lo que se operan tumores más grandes que

¹ Doctor de la UBA
Jefe de Cirugía Cardiovascular, Hospital Italiano de Buenos Aires

obligarían a mayor necesidad de resección septal y parche, lo que originaría más arritmias. En nuestra opinión, debería intensificarse el uso de ETE.

BIBLIOGRAFÍA

1. González EL, Pizzi MN, Caponi MG, Vigliano C, Varela Otero MDP, Dulbecco E y col. Mixomas cardíacos: presentación clínica, resultados quirúrgicos y pronóstico a largo plazo. *Rev Argent Cardiol* 2010;78:108-13.
2. Bossert T, Gummert JF, Battellini RR, Richter M, Barten M, Walther T, et al. Surgical experience with 77 primary cardiac tumors. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2005;4:311-5.
3. Bahnson HT, Spencer FC, Andrus EC. Diagnosis and treatment of intracavitary myxomas of the heart. *Ann Surg* 1957;145:915-25.
4. Chafké N, Kretz JG, Valentin P, Geny B, Popescu S, Edah-Tally S, et al. Clinical presentation and treatment options for mitral valve myxoma. *Ann Thorac Surg* 1997;64:872-7.
5. Ruda Vega PF, Bertolozzi E, Domenech A, Bracco D, Cesareo V. Tratamiento quirúrgico de los tumores cardíacos. IX Jornadas Trasandinas de Cardiología y Cirugía Cardiovascular 2000.
6. Cenofanti P, Di Rosa E, Deorsola L, Dato GM, Patanè F, La Torre M, et al. Primary cardiac tumors: early and late results of surgical treatment in 91 patients. *Ann Thorac Surg* 1999;68:1236-41.
7. Keeling IM, Oberwalder P, Anelli-Monti M, Schuchlenz H, Demel U, Tilz GP, et al. Cardiac myxomas: 24 years of experience in 49 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;22:971-7.
8. Vistarini N, Alloni A, Aiello M, Viganò M. Minimally invasive videoassisted approach for left atrial myxoma resection. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2010;10:9-11.
9. Gao C, Yang M, Wang G, Wang J. Totally robotic resection of myxoma and atrial septal defect repair. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2008;7:947-50.
10. Battellini R, Bossert T, Areta M, Navia D. Successful surgical treatment of a right atrial myxoma complicated by pulmonary embolism. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2003;2:555-7.
11. Stevens LM, Lapierre H, Pellerin M, El-Hamamsy I, Bouchard D, Carrier M. Atrial vs biatrial approaches for cardiac myxomas. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2003;2:521-5.