

Mixoma de aurícula izquierda

POR LOS DRES. A. FERNANDEZ MOORES, J. D. FERMOSO,
E. GRAVANO Y V. VALLMITJANA

INTRODUCCION

Los tumores cardíacos primitivos constituyen un hallazgo infrecuente y a menudo resultan una comprobación necrópsica.

Dentro de ellos, el mixoma comprende el 50 % de los casos y su descubrimiento es a veces casual durante la exploración de la aurícula izquierda en enfermos presumiblemente portadores de una estrechez mitral^{3, 5, 6, 4}. Su diagnóstico clínico resulta hoy día de gran importancia ya que con las técnicas quirúrgicas actuales es posible su extirpación completa con restablecimiento de las condiciones hemodinámicas normales^{1, 5}.

El motivo de esta presentación lo constituye la descripción de un caso de mixoma de aurícula izquierda con características evolutivas particulares y cuyo tratamiento quirúrgico resultó exitoso.

HISTORIA CLINICA

Se trata de un hombre de 54 años, italiano, carpintero, de cuyo interrogatorio se obtenían los siguientes datos: Comenzó hace 9 años, hallándose en aparente estado de salud, con un brusco acceso disneico de gran intensidad que coincidió con un esfuerzo físico (coito) y que cedió con digitálicos, morfina y aminofilina luego de una o dos horas. Dos días después nuevo episodio similar al anterior sin causa alguna que lo justificara. Desde ese entonces disnea de esfuerzo progresivo acompañada de opresión retrosternal y exagerada por episodios reiterados de tos, catarro mucoso y broncospasmo que en la actualidad le

impide caminar 50 metros sin detenerse. En dos oportunidades accesos de tos seguidos de expectoración hemoptoica por lo cual fue medicado con estreptomina y Nicotibina pese a la negatividad de la búsqueda del bacilo de Koch.

Desde hace 5 años palpitaciones intensas e irregulares al esfuerzo. En el último año toda su sintomatología se exagera; aparece ortopnea y, a veces, coincidiendo con cambios de posición en la cama, episodios de disnea paroxística nocturna, llegando en el último mes en dos oportunidades al edema de pulmón. En esas condiciones se interna en el servicio con el siguiente estado actual: Enfermo pálido amarillento, con deficiente estado general (pérdida de 6 kg en los últimos meses); semisentado disneico con marcado tiraje de cuello, cianosis moderada de labios y orejas, yugulares normales. Aparato circulatorio: pulso regular 90 por minuto; P. A. 130/80; corazón: arritmia completa 1er. ruido reforzado, 2º ruido desdoblado. Se ausculta franco 3er. ruido en oportunidades con cadencia de galope. En algunas ocasiones especialmente en posición de pie fue auscultado un soplo diastólico mitral muy suave. Pulmones: disminución franca del murmullo vesicular en ambos hemitórax, roncus y sibilancias. Rales crepitantes y subcrepitantes en ambas bases. Hígado: borde inferior se palpa a nivel de la línea umbilical, indoloro, aumentando de consistencia; no hay edemas.

E. C. G.: Fibrilación auricular; hipertrofia y sobrecarga ventricular derecha; isquemia subendocárdica de cara anterior.

Rx: Agrandamiento del VD. Marcada saliencia y aumento de la densidad de ambas ramas de la arteria pulmonar. Infiltración difusa intersticial de ambos campos con borramiento del fondo de saco derecho. Radiografías penetrantes no mostraron calcificación de la válvula mitral.

Laboratorio: Hematócrito 41 %; He-

moglobina 12,6; Glóbulos blancos 10.000; Neutrófilos 70; Linfocitos 27 %.

Eritrosedimentación: 1ª hora 110; 2ª hora 117. Urea 0.27; Glucemia 1-12; Colesterol 170; Lípidos 600. Orina Densidad 1015; Vestigios de albúmina; Sangre ++++. Proteínas totales 7,5; Albúmina 2.80; Globulinas 4.70;¹, 0.43,² 0.74, Beta 113, Gamma 2.44, Rel A/G = 0.59.

Cateterismo Cardíaco: Presión capilar, 40 mm.

derecho

Presión Art. Pulmonar	{	104 (Mx)	60 (Md)
		40 (Mn)	
Presión V. Derecho	{	105 (Mx)	
		10 (Mn)	

Cateterismo Cardíaco Izquierdo: Aurícula Izq. (media) 40 mmHg.

Pruebas a función respiratoria

	<i>Con aire</i>	<i>Con O₂ 100 %</i>
Ant O ₂	81.92 %	100 + 0.82 %
pH	7.49	7.46
pa CO ₂	40 mmHg	40.8 mmHg
V _E BTSP	9.960 lts.	11.600 lts.
V _T	664 „	7.240 „
VE _{m2}	6.150 „	7.150 „
FR	15 „	16 „
	<i>Con aire</i>	<i>Con broncodilatadores</i>
CU	2132 (teórica 3500) 60 %	2500 (73 %)
MBC	54.72 (teórica 94) 58 %	58 (71.4 %)
IVA	0.9	0.9

Fonocardiograma

1er. ruido — 0.08" e intervalos QS = 0.08" este último desde el comienzo de la onda Q hasta la primer vibración rápida y evidente de 1er. ruido. Su valor normal es 0.04 ± 0.01 y mide el tiempo necesario al ventrículo para sobrepasar la presión auricular y cerrar la válvula.

El análisis del mismo permite apreciar la prolongación del 1er. ruido, su intensificación y el retardo de su aparición.

2º ruido — Se encuentra desarrollado con un segundo componente evidente en la zona tricuspídea y retardado con relación a la incisura carotídea originándose por lo tanto en la sigmoidea pulmonar.

Se aprecia además un ruido protodias-tólico grave y poco intenso que hace pensar en un 3er. ruido.

La prueba de nitrito de amilo lo intensifica y lo hace más precoz.

El enfermo fue medicado con antibióticos, nebulizaciones, broncodilatadores y digitoxina, comprobándose durante toda su internación la existencia de febrícula vespertina hasta de 38.8. En esas condiciones, vista la grave situación del enfermo, se decide su exploración quirúrgica con el diagnóstico de estenosis mitral áfona o tumor ocupante de aurícula izquierda.

Operación: (14-IV-1966). Cirujano Dr. Donato, Aytes. Dres. Pisanu, Ferrari,

Basile. Se practica una amplia auriculotomía izquierda inmediatamente por detrás del surco interauricular. Aspirada la sangre, se observa de inmediato una masa tumoral rojo vinosa, pensándose que se podría tratar de un gran trombo o de un tumor auricular.

Con cuidado se introduce el dedo índice de la mano derecha que permite constatar que existe a nivel de la zona que corresponde aproximadamente a la proyección de la fosa oval de un pedículo firme, con lo que se robustece la idea de que se trata de un tumor. Se intenta provocar "el parto" de la masa tumoral a través de la auriculotomía y al no conseguirlo se fragmenta y se extrae mediante dos pinzas de aro y el uso constante de un aspirador común desprovisto de punta.

El pedículo se reseca a tijera hasta el endocardio inclusive quedando en su lugar una zona despulida de 2 cm de diámetro. Se completa la toilette de A. I. mediante sucesivos lavados con suero y aspiración común. Válvula mitral normal, cierre de la auriculotomía con doble línea de sutura con mersilene 3-0 comenzándose de inmediato a retirar al enfermo gradualmente del by-pass. Una vez obtenida una buena respuesta miocárdica se retira la bomba oxigenadora. El paciente es trasladado a la sala de recuperación con sus signos vitales recuperados.

Posoperatorio inmediato sin complicaciones.

Informe anatomopatológico (Dr. Luis Becú).

Se reciben para su estudio múltiples fragmentos de un mixoma de aurícula izquierda. El conjunto de la masa tumoral pesaba 130 g y su aspecto macroscópico era el clásico de este tipo de tumor, caracterizándose por zonas de tejido friable y hemorrágico y por otras blanquecinas de consistencia resistente que en algunas partes llegaba a ser firme.

Se procesaron con las técnicas de rutina tacos de todas las zonas representativas, coloreándose los cortes con P. A. S., el tricrómico de van Gieson, muscicarmin de Best y azul de talnidina.

El cuadro histológico es también el clásico de la lesión. En diversos campos existen cantidades variables de vasos,

con y sin pared muscular definida, macrófagos cargados de hemosiderina, pigmento libre, hemorragias recientes o subagudas, todo en medio de una trama conjuntiva laxa y edematosa con moderada cantidad de fibroblastos jóvenes que en ocasiones se disponen de una manera estrellada. Con las tinciones apropiadas se demuestra que el estroma contiene moderada cantidad de mucoproteínas metacromáticas. En otros tacos el estroma es más rico en colágeno que se condensa en bandas acelulares.

Diagnóstico: Mixoma típico de Aurícula Izquierda.

Evolución posoperatoria alejada

El enfermo se recuperó en forma completa de su disnea de reposo, quedando solamente una moderada insuficiencia respiratoria a los esfuerzos mayores.

COMENTARIOS

El cuadro clínico del mixoma de aurícula izquierda presenta similitud con el de la estenosis mitral y varios de sus síntomas y signos son comunes a ambas enfermedades^{2, 7, 8}. Sólo el análisis detallado de la evolución del enfermo permite descubrir algunas disidencias con el cuadro clínico habitual de la cardiopatía reumática mencionada y obliga a la aplicación de los métodos de diagnóstico complementarios (cateterismo cardíaco y angiocardiógrafa) indispensables para establecer el diagnóstico e indicar su tratamiento. Entre aquellas disidencias conviene destacar por el interrogatorio: la ausencia de antecedentes de fiebre reumática y el orden de aparición o progresión de la sintomatología. El comienzo de estos casos es generalmente brusco² con disnea intensa y palpitaciones al esfuerzo, o con disnea paroxística^{3, 9} vinculada en ocasiones a cambios posturales^{2, 10}. Estos síntomas son intermitentes y variables en su intensidad por un corto período de tiempo hasta que la evolución toma un curso progresivo con disnea de esfuerzo y de reposo, incapacitando al paciente en pocos años^{3, 19} para finalizar, es una insuficiencia cardíaca congestiva refractaria generalmente al tratamiento². Algunas variantes pueden presentarse durante el curso señalado, como

ser: edema agudo de pulmón⁹, expectoración hemoptoica o hemoptisis^{2, 3}, cuadros sincopales⁹, episodios febriles^{2, 9, 11} y embolias periféricas que provocan insuficiencia vascular de miembros o cuadros neurológicos tales como parestesias o parálisis^{2, 3, 9, 12, 13}.

En el examen físico la desaparición del soplo auscultado o las variaciones de su intensidad o timbre dependiendo de cambios de posición del enfermo es un hecho que debidamente comprobado resulta de gran importancia para el diagnóstico diferencial².

En el caso particular que describimos su comienzo ha sido brusco con episodios de disnea paroxística, evolucionando posteriormente con disnea progresiva asociada a broncospasmo y acompañada de opresión precordial con carácter anginoso. En dos ocasiones expectoración hemoptoica que contribuyó a que el enfermo fuera diagnosticado y tratado como baciloso. Desde hace 5 años se instala una fibrilación auricular controlada con digitálicos. Toda esta sintomatología se exagera notablemente en el último año apareciendo ortopnea, asma cardíaca y edemas de pulmón pudiendo vincularse estos últimos con cambios posturales.

Todo ello orientó hacia el diagnóstico de afección predominantemente broncopulmonar para cuyo estudio se decide la internación. Durante la misma pudo comprobarse en forma intermitente la existencia de un soplo diastólico de punta que no fue ratificado por el fonocardiograma, como ya hemos visto, en este último solo pudo apreciarse la intensificación, retardo y prolongación del 1er. ruido. Ello se debe a que el elevado gradiente AV por aumento de presión de Aurícula Izquierda retrasa el cierre de la mitral, dado que el ventrículo izquierdo necesita más tiempo que el normal para exceder la presión auricular. El desdoblamiento del 2º ruido pulmonar sugiere la presencia de hipertensión pulmonar.

Estos datos concuerdan con los obtenidos por otros autores en casos similares¹⁵.

Por otro lado llamó la atención la existencia de un cuadro térmico con picos febriles vespertinos diarios que oscilaban entre 37° y 38°, tal como el descrito por

algunos autores^{16, 12} en casos de esta misma enfermedad.

La eritrosedimentación muy elevada (120 mm 1ª hora) coincidió con un desequilibrio proteico marcado con descenso de albúminas y aumento de globulinas especialmente a expensas de la gamma^{9, 17}.

El electrocardiograma mostraba además de una acentuada desviación del eje eléctrico a la derecha, fibrilación auricular, un bloqueo de rama derecha con hipertensión y sobrecarga y signos de isquemia subendocárdica de cara anterior⁷.

En la radiografía, signos de hipertensión de la arteria pulmonar y de un proceso bronquial crónico de tipo fibroso. Efectuadas las pruebas respiratorias, éstas por los resultados ya presentados no justificaron el cuadro clínico ya que la insuficiencia respiratoria era de poca magnitud con un moderado componente de espasmo bronquial. Dada esta circunstancia, se planteó la posibilidad de la existencia de una estenosis mitral áfona ya que la auscultación no resultó convincente para aseverar dicho diagnóstico, o de un mixoma auricular izquierdo con importante obstrucción de flujo al ventrículo izquierdo. El cateterismo derecho corroboró la existencia de una hipertensión pulmonar y el izquierdo presión auricular izquierda media de 40 mm.; llamaba la atención el amortiguamiento general del trazado. Dada esta situación se probó repetidamente la aguja de Rosa como también el sistema de conexión sin notarse variaciones en el mismo. Por el contrario, la curva de presión capilar no acusó tal amortiguación. El trazado de AI no parece adoptar ninguna característica especial, aunque han sido descritas curvas de tipo insuficiencia mitral o cambios con la distinta posición del cateter con respecto al tumor^{18, 19}.

La comprobación de una presión auricular izquierda elevada con las características descritas e hipertensión pulmonar unidas a la iniciación brusca de la enfermedad, episodios de disnea paroxística en el último período casi constante y vinculados a cambios posturales, temperatura y eritrosedimentación acelerada sin evidencias de actividad reumática, la aparición ocasional de un soplo diastólico de punta, orienta hacia el

diagnóstico de mixoma auricular izquierdo. Dado que no se realizó el estudio angiográfico²⁰ por razones técnicas, dicho diagnóstico no pudo ser confirmado por lo que el enfermo fue remitido a cirugía con el diagnóstico de estenosis mitral áfona o mixoma de aurícula izquierda.

Conviene destacar que la revisión posterior de la bibliografía correspondiente^{1,4} nos dio elementos de diagnóstico suficientes como para haber colocado como primer diagnóstico preoperatorio el de mixoma auricular izquierdo.

RESUMEN

Se presenta un caso de mixoma de aurícula izquierda cuya sintomatología presentó una similitud muy marcada con la de la estenosis mitral con corazón pulmonar, destacándose los elementos clínicos, fisiopatológicos y de laboratorio que permitieran sospechar su existencia.

Se comenta la intervención quirúrgica y el examen anatomopatológico efectuándose consideraciones sobre su evolución posoperatoria luego de transcurrido 1 año de efectuada su extirpación.

BIBLIOGRAFIA

1. Ellis, F. H.; Mankin, H. T. and Burchell, H. B.: Myxoma of the left atrium: Successful surgical treatment of three cases. *M. Clin. North Am.*, 42: 1087, 1958.
2. Harvey, J. C.: Myxoma of the left auricle. *Ann. Int. Med.*, 47: 1067, 1957.
3. Aldridge, H. F. and Greenwood, W. F.: Myxoma of the left atrium. *Brit. Heart J.*, 22: 189, 1960.
4. Bahnon, H. T.; Spencer, F. C. and Andrus, E. C.: Diagnosis and Treatment of intracavitary myxomas of the heart. *Ann. Surg.*, 145: 915, 1957.
5. Chin, E. F. and Ross, D. N.: Myxoma of the left atrium; successful surgical removal under hypothermia. *Brit. M. J.*, 5: 033 - 1: 447, 1957.
6. Van Buchem, F. S. and Eerland, L. D.: Myxoma cordis: diagnosis established preoperatively; surgical removal of the tumor. *Dis. Chest.*, 31: 61, 1957.
7. Harrison, J. W.; Laurence, J.; Mc Cormack, A. and Ernstone, C.: Myxoma of the left atrium simulating mitral stenosis. *Circulation*, 10: 766, 1954.
8. Deshmukh, M.; Nichols, H. T. and Goldberg, A.: Myxoma of the left atrium simulating reestenosis of the mitral valve. *Am. H. J.*, 58: 623, 1959.
9. Martin, B.: Clinical aspects of myxoma of the left atrium. *Ann. Int. Med.*, 38: 325, 1953.
10. Mc Allen, P. M.: Myxoma of the left auricle. *Brit. M. J.*, 1: 932, 1950.
11. Weinstein, M. S. and Arata, J. F.: Mitral stenosis and insufficiencies produced by cardiac myxoma. *Am. H. J.*, 38: 781, 1949.
12. Goldberg, H. P.; Glenn, F.; Dotter, Ch. T. and Steinberg, I.: Myxoma of the left atrium. Diagnosis made during life with operative and postmortem findings. *Circulation*, 6: 762, 1952.
13. Barham Carter, A.; Lowe, K. G. and Hill, I. G. W.: Cardiac myxomata and aortic saddle embolism. *Brit. H. J.*, 22: 502, 1960.
14. Lokoff, W.; Gecker, G. and Gregory J. E.: Functional mitral stenosis produced by an intraatrial tumor. *Am. H. J.*, 47: 619, 1954.
15. Wasemil, M.; Marketin, D. L. and Ravin, A.: Myxoma of the left atrium. Phonocardiographic study of three cases. *Circulation*, 25: 50, 1962.
16. Gleason, J. O.: Primary myxoma of the heart, a case simulating rheumatic and bacterial endocarditis. *Cáncer*, 8: 839, 1955.
17. MacGregor, G. A. and Cullen, R. A.: The syndrome of fever, anemia and high sedimentation rate with and atrial myxoma. *Brit. Med. J.*, 5: 158, 1959.
18. Fish, R. G.; Takaro, T. and Crymes, Th.: Left atrial pressure pulses in the presence of myxoma. *Circulation*, 20: 413, 1959.
19. Towers, J. R. H. and Newcombe, C. P.: Myxoma of the left auricle with direct pressure tracings. *Brit. H. J.*, 20: 575, 1958.
20. Steinberg, I.; Dotter, C. T. and Glenn, F.: Myxoma of the heart, roentgen diagnosis during life in three cases. *Dis. Chest*, 24: 509, 1953.
21. Hughes, S. B. and Fazullah, S.: Cardiac failure due to tumor of left atrium. *Brit. H. J.*, 16: 326, 1954.
22. Lekisch, K.: Myxoma of the left atrium. Report of a case. *Ann. Int. Med.*, 46: 982, 1957.
23. Goodwin, J. F.: Diagnosis of left atrial myxoma. *Lancet*, 1: 464, 1963.
24. Mills, P. and Philpotl, M.: Myxoma of the heart with neurological signs. *Brit. H. J.*, 13: 115, 1951.