

MIXOMA DE LA AURICULA IZQUIERDA

PRESENTACION DE DOS CASOS DE AUTOPSIA Y UNO QUIRURGICO

Por

Mario Vélez, *

Luis Amaya *

y

Egon Lichtenberger **

INTRODUCCION

Los nuevos métodos auxiliares en el diagnóstico de enfermedades cardíacas y las conquistas logradas en el terreno de la cirugía cardiovascular, han logrado que el mixoma cardíaco sea ahora una entidad susceptible de tratamiento quirúrgico y no solamente un hallazgo curioso en la mesa de autopsia (1, 2, 9).

El contar con tres casos de mixoma cardíaco en la aurícula izquierda, el último de ellos intervenido con éxito, nos ha motivado para su publicación.

RESEÑA DE LA ENFERMEDAD

Strauss y Mierliss (8) en 480.000 autopsias encontraron sólo un 0.0017 por ciento de mixomas cardíacos. De todos los tumores cardíacos primitivos, el mixoma representa aproximadamente el 50% (8).

Su localización predominante es en la aurícula izquierda, siguiendo en orden de frecuencia la aurícula derecha, el ventrículo izquierdo y el ventrículo derecho (9).

En general, el tumor en situación auricular izquierda simula un cuadro de estenosis mitral (2, 5, 9). Se anota que: 1º la presencia de síntomas de corta duración y la ausencia de arritmia o enfermedad miocárdica; 2º la presencia de estados sincopales al cambiar el paciente de posición; 3º hallazgos de rayos X con aurícula izquierda pequeña en presencia de cuadro severo de "estenosis mitral", y 4º desviaciones en los hallazgos auscultatorios de la estenosis, deben inclinar clínicamente a un diagnóstico de probable tumor intracardiaco. En algunos casos el diagnóstico ha sido hecho por el estudio anatomopatológico de émbolos tumorales extirpados quirúrgicamente (2, 5).

La angiocardiógrafiz es el único estudio concluyente para el diagnóstico y revela un defecto de llenamiento a nivel de la cavidad auricular (1, 2, 3, 6, 9). Sin embargo, para el diagnóstico diferencial debe tenerse en cuenta la trombosis mural, que puede dar un cuadro semejante.

* Residentes del Departamento de Patología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

** Profesor Jefe del Departamento de Patología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.
Departamento de Patología, Hospital de San Juan de Dios, Bogotá.

Desde el punto de vista del tratamiento, éste es siempre quirúrgico (3, 5, 6, 8, 9).

En cuanto a la histogénesis del tumor, algunos investigadores piensan que se trate de un trombo organizado (4), y otros (la mayoría) han llegado a la conclusión de que se trata de una verdadera neoplasia (3, 7, 9, 10, 11). Con relación a esta última hipótesis, se cita a Fisher y Hellstrom (8) cuando dicen: "Los estudios histoquímicos muestran similitudes tintoriales entre el mixoma cardíaco y ejemplos de mixoma cutáneo y cordón umbilical: es notable la presencia de ácido mucopolisacárido del tipo sulfatado y no sulfatado. De otra parte, no se observó material similar en la aurícula o en trombos, excepto en sitios de muy temprana organización". Nosotros consideramos la lesión como un tumor verdadero.

PRESENTACION DE CASOS

Caso N° 1.

Mujer de 40 años, sin antecedentes patológicos de importancia, quien consulta por presentar astenia, anorexia, pérdida de peso y edema de miembros inferiores.

La enfermedad se inició 6 meses antes con dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, que se irradiaba a la región dorsolumbar, acompañado de sensación de masa abdominal. Posteriormente aparecieron astenia, anorexia, vómitos, que en ocasiones eran de tipo bilioso, amenorrea y pérdida progresiva de peso. Este episodio mejora con tratamiento médico. A los cuatro meses y medio de iniciada la sintomatología se agrega onda líquida en abdomen y edema de miembros inferiores.

El examen físico reveló enflaquecimiento, palidez, pulso 120 por minuto, T. A. 120 x 90, ingurgitación yugular grado II, dolorosa, sopló sis-

tólico grado II en el ápex, ascitis, hepatomegalia (10 traveses de dedo por debajo del borde costal), edema discreto de los grandes labios y de miembros inferiores.

Exámenes de laboratorio. No aportan ningún dato de interés.

Examen radiológico. La radiografía de tórax muestra un cuadro compatible con enfermedad mitral (Figs. 1 y 2).

Tratamiento. Mediante punción abdominal se extraen 2.500 cc. de líquido citrino transparente. Se suministra dieta hiposódica e hiperproteica y diuréticos mercuriales.

Evolución. La paciente no presentó mejoría del cuadro clínico y fallece súbitamente. Es enviada a la morgue con el diagnóstico de enfermedad mitral.

Hallazgos de autopsia. El corazón estaba aumentado de peso (362 grs.) y de tamaño, especialmente a expensas de la aurícula izquierda, en la cual se encontraba un tumor mixomatoso de 6,5 cms. de diámetro, implantado mediante pedículo sobre un repliegue del foramen oval, que era patente en una extensión de 1 cm. (Fig. 3). Las demás cavidades y los anillos valvulares eran normales. No había trombos parietales. Los demás hallazgos eran los de la insuficiencia cardíaca congestiva con moderado edema pulmonar, hepatomegalia congestiva (hígado en "nuez moscada") y congestión de las demás vísceras, ascitis de 2.500 cc., hidrotórax bilateral (derecho 200 cc., izquierdo 400 cc.) y edema de extremidades inferiores. También se encontraban infartos cicatrizados en ambos riñones y algunos pequeños recientes en los pulmones.

Caso N° 2.

Mujer de 43 años de edad, sin antecedentes de importancia, quien consulta por astenia, anorexia, dolor en

hemitórax derecho, edema de miembros inferiores y disnea de pequeños esfuerzos.

La enfermedad se inició 7 meses antes por palpitaciones, dolor en hipocostrio derecho, edema y sucesivamente el resto de la sintomatología ya mencionada. Por esto estuvo hospitalizada en dos ocasiones y mejoró con el tratamiento.

El examen clínico reveló: pulso 100 por minuto, respiraciones 28 por minuto, T. A. 100 x 70, cianosis de lengua, ingurgitación venosa bilateral, extrasístoles ocasionales, soplo sistólico grado III - IV, en foco mitral, ápex en 6º espacio intercostal izquierdo con la línea anterior axilar, hepatomegalia dolorosa de 4 traveses de dedo por debajo del borde costal y edema de miembros inferiores.

Laboratorio. Hemoglobina, 8,3 grs. por ciento. Hematocrito, 30 por ciento. Recuento blanco y fórmula normales. Sedimentación, 20 mm. Proteínas totales, 6,5 grs. por ciento. Albúmina, 3,35. Globulinas, 2,25. Orina, normal.

La radiografía del tórax mostró el cuadro compatible con lesión mitral, tricuspídea y posible aórtica.

Electrocardiograma. Fue interpretado como doble lesión mitral con predominio de la insuficiencia, insuficiencia tricuspídea e insuficiencia cardíaca avanzada.

Tratamiento. Digitálicos, diuréticos y dieta hiposódica.

Evolución. A pesar del tratamiento, el estado general fue decayendo progresivamente, con aparición de sintomatología pulmonar que inclinó a pensar en edema e infarto pulmonar. Muere en hipotensión y polipnea.

Diagnóstico clínico final. Posible lesión mitral de origen reumático. Insuficiencia cardíaca congestiva. Edema pulmonar. Infarto pulmonar.

Hallazgos de autopsia. Los principales fueron corazón aumentado de peso (350 grs.) y de tamaño y de for-

ma globulosa. En la aurícula izquierda se encontraba un tumor mixomatoso de 6 cms. de diámetro que se implantaba mediante un corto pedículo en la parte media del tabique interauricular, muy semejante al caso anterior. El tumor presentaba en su parte media una zona más angosta causada por la constricción que ejercía el anillo mitral. Había discreta dilatación del ventrículo izquierdo y moderada hipertrofia del ventrículo derecho. No había trombos parietales y los anillos valvulares eran normales. Había congestión pasiva crónica ligera en el hígado. En los pulmones se encontraron infartos causados por émbolos originados en trombosis severa de los miembros inferiores. Había úlceras de tipo shock en el estómago con sangre digerida en el contenido gástrico. En la arteria carótida interna derecha había trombosis en organización con oclusión parcial de la luz, que macroscópicamente no mostraba tejido mixomatoso. No había líquido en las cavidades.

Caso N° 3.

Hombre de 46 años, quien consulta por disnea de medianos esfuerzos, tos seca con expectoración hemoptoica, en ocasiones de tipo mucopurulenta, edema de manos y pies.

La enfermedad se había iniciado un año antes con disnea de severidad progresiva; un mes antes de ser hospitalizado presentó lumbalgia severa, orinas turbias y sanguinolentas, con polaquiuria moderada y aparición de edema matinal en párpados y tobillos. Al mismo tiempo aumentaron la disnea y la tos.

El servicio de cardiología hace el diagnóstico de doble lesión mitral con predominio de la estenosis, por lo cual se decide practicar cirugía.

Entre los antecedentes no hay ninguno de importancia relacionado con la enfermedad actual.

El examen físico reveló un paciente consciente, sin cianosis o ingurgitación yugular; ápex en VI - VII espacios intercostales izquierdos, por fuera de la línea medio clavicular; en foco mitral se encontró soplo sistólico grado II, al parecer con chasquido de apertura, ruidos cardíacos arrítmicos, refuerzo del primer tono en todos los focos. La auscultación pulmonar reveló escasos estertores crepitantes en el tercio inferior del hemitórax derecho. El hígado se encontraba a 2 cms. por debajo del borde costal y era de superficie lisa.

Laboratorio. Hemoglobina, 14,8 grs. por ciento. Hematocrito, 49. Leucocitos, 13.500. Fórmula blanca normal. Sedimentación, 33 mm. Nitrógeno ureico, 9,9. Creatinina, 1,71. Glucosa, 80. Albúmina, 4,35. Globulinas, 3,25. Proteínas totales, 7,60. Orina normal.

Fluoroscopia. El seno costofrénico derecho está ocupado y los hilios recargados: ++ Hepato y cardiomegalia grado II - III. Hay desdoblamiento del segundo arco. En posición O.A.D. se observa crecimiento de la aurícula izquierda y del ventrículo derecho. En O.A.I. parece que el ventrículo izquierdo está rechazado.

Radiografías de tórax: compatibles con valvulopatía mitral tricuspídizada.

Electrocardiograma: taquicardia de 150 por minuto. Hipertrofia ventricular derecha.

Fonocardiograma: el trazo sugiere doble lesión mitral, probablemente con predominio de la estenosis. No parece existir importante presión veno-capilar. Es probable que la lesión se encuentre calcificada.

Acto quirúrgico *. Bajo circulación extracorpórea se abre la aurícula izquierda y se extrae un tumor con un diámetro máximo de 7 cms. y que

tiene las características macroscópicas de un mixoma (Fig. 4).

Tratamiento. En el preoperatorio se administraron digital, diuréticos, penicilina y se ordenó además la práctica de ejercicios respiratorios. En el postoperatorio, penicilina, cloranfenicol, cloruro de potasio, digital y soluciones dextrosadas.

Estudio anatomopatológico. La pieza enviada al Departamento de Anatomía Patológica estaba compuesta por varios fragmentos de material mixomatoso que pesaban en conjunto 35 grs. y medían 7 cms. de diámetro máximo (Fig. 4). Histológicamente muestra el cuadro del mixoma cardíaco (Fig. 5).

COMENTARIO

Los dos primeros casos se presentaron en mujeres, sexo en el cual se anota la mayor incidencia, con una relación 2 : 1.

En los tres casos la iniciación de los síntomas no sobrepasó los 12 meses y en los dos casos iniciales fue de 7 y 6 meses, datos que están en concordancia con lo anotado en la literatura, en cuanto a la forma más o menos rápida de evolución de la enfermedad.

Por el análisis de la sintomatología y los exámenes paraclínicos, en todos los casos presentados se hizo el diagnóstico de enfermedad mitral. Para el cirujano fue una sorpresa encontrar un tumor en el 3er. caso.

El primer paciente murió en forma súbita, lo cual es usual en estos casos, debido a la oclusión del orificio valvular.

En ninguno de los tres casos se anotaron signos clínicos que sugirieran un tumor intracardiaco, como son los estados sincopales al cambiar el paciente de posición, mejoría de los síntomas en la posición de decúbito y cambios en los fenómenos auscultatorios, debido a la movilidad del tumor. En ninguno de los tres casos se hizo estu-

* Practicado por el doctor Emilio Echeverri, Jefe de la Unidad de Cirugía Cardiovascular, Hospital San Juan de Dios, Bogotá.

dio angiocardiográfico que hubiera sido diagnóstico.

El caso operado presentó una recuperación dramática de su sintomatología.

Los tres tumores presentaron las características macroscópicas típicas, a saber: masas intracardiacas, pediculadas, redondeadas u ovaladas, de superficie externa lisa y brillante, de color amarillento, con áreas pardas, rojizas y azules, consistencia gelatinosa y muy friable, detalle este último que impidió, en el caso operado, la extirpación sin fragmentar el tumor.

Los detalles microscópicos también concuerdan con la descripción de este tipo de tumor: matriz laxa, con relativa pobreza de células fusiformes o estrelladas, rodeadas por material amorfo, positivo para mucina. Hay escasos linfocitos, células plasmáticas, capilares neoformados y depósitos de hierro (Fig. 5). No se observaron estructuras tales como glándulas, cartilago, fibras musculares, hueso o calcificación como ha sido observado por otros (5, 9).

RESUMEN

Se presentan tres casos de mixoma cardíaco a nivel de la aurícula iz-

quierda. Los dos primeros fueron hallazgos de autopsia y el último fue operado con éxito. En todos se hizo el diagnóstico de estenosis mitral. Se hace una breve reseña de la lesión y se anota que en virtud de los nuevos métodos auxiliares de diagnóstico y del avance en las técnicas de la cirugía cardiovascular, el médico debe tener en mente la posibilidad diagnóstica del mixoma frente a cardiopatías oscuras y someter al paciente a los exámenes pertinentes. Una vez comprobado el diagnóstico se debe practicar la resección quirúrgica, único tratamiento racional de esta lesión.

SUMMARY

Three myxomas of the left atrium are presented. Two were found at necropsy and one was removed during surgery successfully. In all three cases the preoperative or premortem diagnosis was that of mitral stenosis.

The lesion is briefly commented on, and the fact is stressed that with the modern tools of diagnosis and the progress in cardiac surgery, this tumor can be diagnosed and resected surgically, the only possible treatment for this lesion, which is frequently misdiagnosed as mitral stenosis.

BIBLIOGRAFIA

1. Barlow, J.; Fuller, D., and Denny, M. — A case of Right Atrial Myxoma, *British Heart Journal*, 24: 120, 1962.
2. Cohen, A. I.; McIntosh, H. D., and Argain, E. S. — The Mimetic Nature of Left Atrial Myxomas, *The American Journal of Cardiology*, 2: 802, 1963.
3. Gottsegen, G.; Wesseley, J.; Arvay, A., and Temesvari, A. — Right Ventricular Myxoma simulating pulmonic Stenosis, *Circulation*, 27: 95, 1963.
4. Gould, S. E. — Pathology of the Heart. Springfield, Charles C. Thomas, 1953.
5. Guthrie, J., and Fairgieve, J. — Aortic Embolis due to Myxoma Tumor associated with myocardial calcification, *British Heart Journal*, 24: 137, 1963.
6. Landing, B. H., and Farber, S. — Tumors of the Cardiovascular System, Armed Forces Institute of Pathology, Section III, Fascicle 7, II, 1956.
7. Levinson, J. P., and Kincaid, O. W. — Myxoma of the Right Atrium Associated with Polycythemia, *The New England Journal of Medicine*, 264: 1187, 1961.
8. Siggilino, J. J.; Crawley, C. J.; Clauss, R. H.; Rud, G. E., and Tice, D. A. — Myxoma of the Right Atrium with Polycythemia, *Archives of Internal Medicine*, III: 178, 1963.
9. Wais, O. F. — Mixoma Cardíaco, Revista Peruana de Patología, 6: 65, 1961.
10. Masshoff, W. — Beitrage zur Myxombildung im Herzen. Tesis de Grado. Facultad de Medicina, Universidad de Leipzig, 1935.
11. Mahaim, I. — Les Tumeurs et les Poly-pes du coeur. Paris, Masson & Cie., 1945.

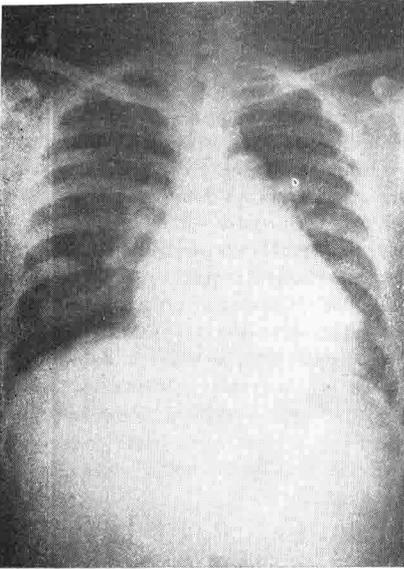


Figura 1. Caso 1.

Radiografía de tórax, antero-posterior. Discreto borramiento del seno costofrénico derecho por efusión pleural que desciende hasta la cisura horizontal. Circulación pulmonar desviada hacia los estratos superiores e hilos ensanchados y mal definidos por edema de tipo alveolar. Moderada dilatación de la arteria pulmonar y configuración "mitral" de cuatro arcos.

Figura 2. Caso 1.

Radiografía de tórax, lateral. Crecimiento de ventrículo derecho y de aurícula izquierda.

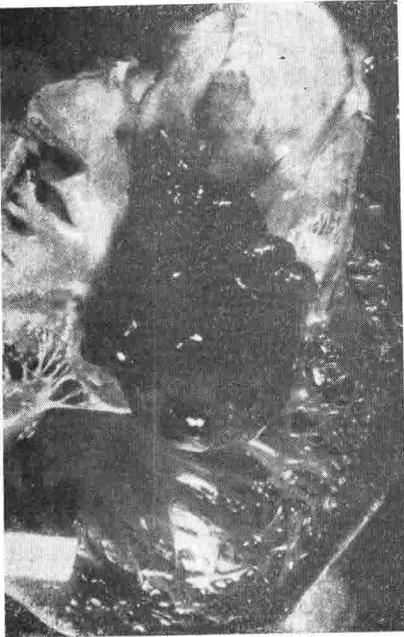
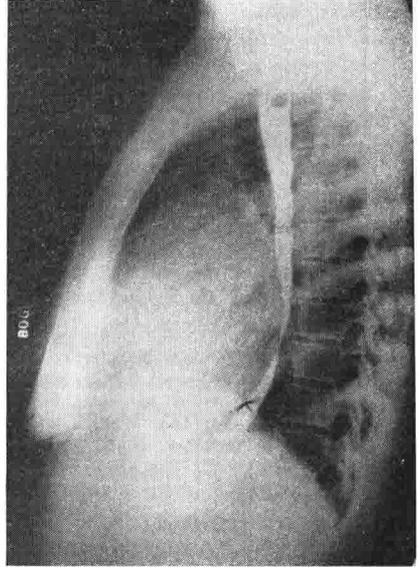


Figura 3. Caso 1.

Cavidades cardíacas izquierdas con mixoma implantado en tabique aurículo-ventricular.

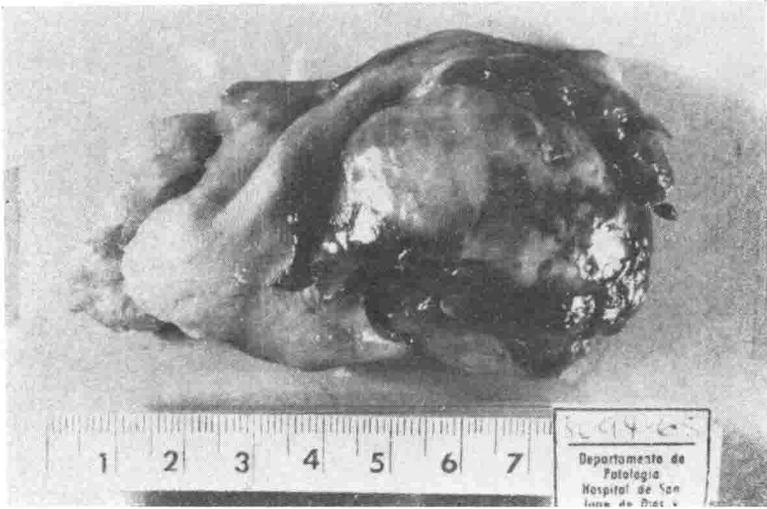


Figura 4. Caso 3.
Mixoma reseado quirúrgicamente.

Figura 5. Caso 3.
Células neoplásicas pleomorfas con prolongaciones en medio de sustancia amorfa.

