

Mixoma de aurícula izquierda y cardiopatía isquémica. Informe de un caso

Guillermo Careaga-Reyna,* Serafín Ramírez-Castañeda,** Rubén Argüero Sánchez***

Recepción: 5 de mayo de 2000

aceptación: 31 de mayo 2000

Resumen

El mixoma es el tumor cardíaco más frecuente y habitualmente se presenta aislado. El presente caso trata una paciente de 64 años de edad en quien coexistieron de un mixoma en la aurícula izquierda y cardiopatía isquémica. La paciente fue sometida a tratamiento quirúrgico que consistió en la resección del mixoma y la revascularización del miocardio con un puente de arteria mamaria interna a la coronaria descendente anterior.

No hubo complicaciones perioperatorias y al momento actual la paciente se encuentra asintomática.

Se concluye que ante la sospecha de patología asociada a la presencia de un mixoma debe evaluarse integralmente el caso para efectuar tratamiento completo,

Palabras clave: *Mixoma cardiopatía isquémica, tumor cardíaco, revascularización miocárdica*

Summary

Myxoma is most frequent tumor of the heart, and usually appears isolated. This case involves a 64-year-old female with left atrial myxoma and associated ischemic heart disease. The patient was surgically treated with excision of the myxoma and coronary artery bypass grafting with internal mammary artery to left anterior descending artery. There were no perioperative complications, and the patient is asymptomatic at present.

In conclusion, when there exists evidence of associated pathology to a cardiac myxoma, the case must be integrally evaluated in order to effect a complete treatment.

Key words: *Myxoma, ischemic heart disease, cardiac tumor, myocardial revascularization.*

*Cirujano cardiotorácico, Jefe de la División de Cirugía, Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. México.

**Médico residente de cirugía cardiotorácica. Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, WS. México.

Cirujano cardiotorácico. Director del Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. México.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Guillermo Careaga Reyna. División de Cirugía cardiotorácica Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Ay. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, 06725, México D.F. Tel: 56-27-69-27. Fax: 57-61-48-67.

Introducción

El mixoma es el tumor benigno más frecuente originado en el corazón. Desde su descripción inicial hay varios informes que han descrito la técnica quirúrgica para la resección y los procedimientos asociados, sin embargo, en caso de enfermedad de la arteria coronaria diagnosticada en mismo paciente, no había ninguna característica clínica.^{1,2}

El informe presente es un caso de un paciente con mixoma de la aurícula izquierda y enfermedad de la arteria coronaria descendente anterior.

Informe del caso

Se trata de paciente femenina de 64 años. Entre sus antecedentes destacan diabetes de siete años de evolución e hipotiroidismo secundario a remoción quirúrgica de la glándula tiroides. La paciente se encontraba asintomática desde el punto de vista cardiovascular, hasta cinco meses antes de su ingreso en nuestro hospital cuando inicia con disnea progresiva de máximos a medianos esfuerzos que condiciona deterioro clínico de clase funcional al pasar de clase I a clase III de acuerdo a la clasificación de la asociación neoyorquina del corazón (NYHA), y posteriormente se agregó dolor precordial opresivo irradiado a miembro torácico izquierdo relacionado con el esfuerzo físico. Tres meses antes de su admisión ella también presentó edema de extremidades pélvicas. A su ingreso al hospital se encontraba en clase funcional III de la NYHA. La evaluación clínica mostró en foco mitral, un soplo sistólico y estertores subcrepitantes en ambas bases del área pulmonar. El estudio electrocardiográfico mostró isquemia subepicárdica antero-septal y desviación hacia la izquierda del eje cardíaco. En el ecocardiograma se encontró en la cavidad auricular izquierda un tumor con pedículo implantado en la zona correspondiente a la fosa oval con movilización hacia la válvula mitral, hipertensión pulmonar (85 mmHg). Ante la presencia de datos de isquemia se efectuó cateterismo cardíaco con coronariografía que mostró oclusión de 75% de la arteria descendente anterior; las arterias circunfleja y derecha sin obstrucción significativa; la hipertensión pulmonar se corroboró, y la

fracción de expulsión era de 76%. Con esta información la paciente se programó para cirugía.

El abordaje para el procedimiento quirúrgico fue a través de una esternotomía media, se efectuó disección de la arteria mamaria interna izquierda (AMI), y para la derivación cardiopulmonar (DCP), se canuló la arteria aorta ascendente y selectivamente cada vena cava. La DCP se efectuó en normotermia se indujo paro cardiopléxico hipotérmico y por vía transeptal se resecó el mixoma con un corte del área del pedículo de 2.5 cm2 (Figura 1). El orificio del tabique interauricular se cerró con un parche del dacrón. Posteriormente se realizó la anastomosis término-lateral de la AMI a la coronaria descendente con un surgete continuo de mono-

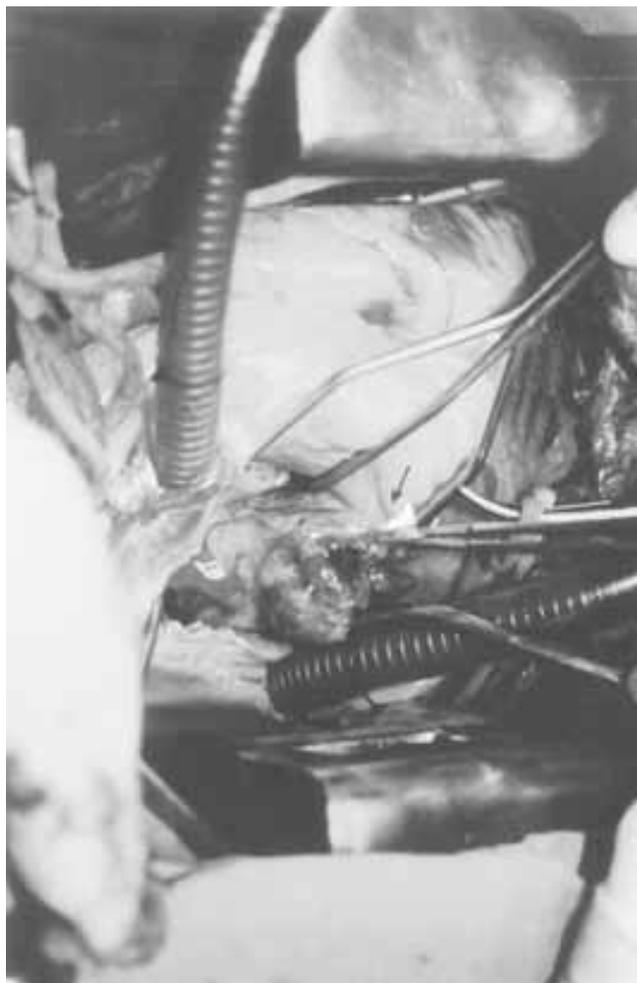


Figura 1. Momento en que se extrae el mixoma a través de la aurícula derecha, por abordaje transeptal.

filamento de polipropileno calibre 7-0 (Figura 2). La DCP se retiró sin complicaciones, y su evolución posoperatoria fue favorable. El informe histopatológico fue mixoma y los límites de la base de implante en el tabique interauricular estaban libres del mixoma.

Al momento actual a dos meses del procedimiento la paciente se encuentra en clase funcional I de NYHA sin complicaciones.



Figura 2. Se observa la arteria mamaria interna ya anastomosada a la descendente anterior.

Discusión

El mixoma de aurícula izquierda es un tumor benigno, es el más frecuente de los tumores de origen cardíaco y aparentemente se deriva de células mesenquimatosas.^{1,3} El primer informe de este tipo de tumor aparece en 1559 por Colón, y el primer diagnóstico clínico de mixoma se efectuó en 1937 por Barnes.⁴ En 1953 Goldberg y colaboradores,³ hicieron el diagnóstico de un tumor de la

aurícula izquierda por angiografía y desde 1968 el diagnóstico de mixoma ha sido hecho por ecocardiografía.⁵

Su localización principal es la aurícula izquierda insertado en la fosa oval, de pedículo pequeño y predominan en el sexo femenino entre la cuarta y la sexta década de la vida.^{1,2,6}

Están aislados en la aurícula izquierda sin otras cardiopatías asociadas en 95% de los casos.² En nuestro medio el primer informe de un mixoma tratado con éxito data de 1967, por Quijano-Pitman y colaboradores,⁷ y a éste han seguido series de diversas instituciones, como la de Oropeza y colaboradores.⁶

El común denominador de estas series es el enfoque hacia la resección y cuando se requiere de procedimientos quirúrgicos simultáneos, habitualmente están relacionados a las válvulas aurículo-ventriculares^{1,2,6} y aunque en algunos artículos se insiste en que ante la sospecha de cardiopatía isquémica, se efectúe el estudio angiográfico de las coronarias, en nuestro medio, no hay un informe específico de casos en que coexistan la sintomatología relacionada al efecto hemodinámico producido por el mixoma, que habitualmente es obstrucción al flujo sanguíneo y la presencia en este caso, además de angor que no está descrito como uno de los datos frecuentes en la sintomatología específica del mixoma. Por este dato y los hallazgos electrocardiográficos, se decidió estudiar a la paciente y se demostró la enfermedad coronaria.

El procedimiento quirúrgico incluye como punto primordial la manipulación del corazón específicamente a la resección del tumor y hasta entonces efectuar otros procedimientos que lo requieran como en este caso la anastomosis de la AMI izquierda a la coronaria descendente anterior, o en su caso la cirugía valvular o como en uno de los casos de la serie de Oropeza y colaboradores, la trombectomía venosa iliofemoral derecha.⁶

En edad avanzada hay 5% de mortalidad debida al infarto perioperatorio que puede prevenirse mediante la revascularización.

En conclusión, ante la sospecha de cardiopatía isquémica asociada, se recomienda efectuar el estudio angiográfico de las coronarias. Se puede obviar la ventriculografía para evitar la posibilidad de fragmentar el mixoma y ocasionar embolias, pero la evaluación del caso debe ser integral.

Referencias

1. **Silveman NA.** Primary cardiac tumors. *Ann Surg* 1980;191:127-38.
2. **Badui E.** Tumores cardiacos. *Rev Med IMSS* 1994;32:231-42.
3. **Goldberg UP, Glenn F, Dotter CT, Steinberg I.** Myxoma of the left atrium: diagnosis made during life with operative and post-mortem findings. *Circulation* 1952;6:762-65.
4. **Barnes AR, Beaver DC, Snell AMP.** Primary sarcoma of the heart: report of a case with electrocardiographic and pathological studies. *Am Heart J* 1934;9:480.
5. **Peachell JL, Mullen JC, Bentley MJ, Taylor DA.** Atrial myxoma: a rare cardiac tumor. *Ann Thorac Surg* 1998;65:1768-9.
6. **Oropeza O, Rodríguez JM, Corral R.** Mixoma cardíaco. *Cir Ciruj* 1990;57:158-162.
7. **Quijano-Pitman F, Carrillo J, Mendoza F.** Mixoma de la aurícula izquierda. Informe del primer caso operado con éxito en México. *Arch Inst Cardiol Mex* 1967;37:541-545.