

**CASO CLINICO****Mixoma Auricular en Paciente Anciano: Reporte de un caso.**

Alfredo J. Soteldo B., Jhonycel C. Martínez F.

---

Departamento de Fisiopatología y Farmacología - Escuela de Medicina  
"Dr. WitremundoTorrealba", Universidad de Carabobo, Sede Aragua

Tel: +58-412-4302050.

E-mail: [internista@cantv.net](mailto:internista@cantv.net)**Recibido:** octubre 2005**Aprobado:** julio 2006

---

**RESUMEN**

Se presenta un caso de una patología poco común en sujetos de edad avanzada, sobre todo difícil de diagnosticar si no se recurre a estudios complementarios de imágenes. Se trata de un paciente de 70 años con sintomatología inespecífica (disnea, taquicardia, tos, cansancio), examen cardiovascular sin hallazgos positivos, salvo ECG con arritmia extrasistólica ventricular. Mejoró con tratamiento anticongestivo al realizar diagnóstico presuntivo de Insuficiencia Cardíaca y Enfermedad Bronco Pulmonar Obstructiva Crónica. Los hallazgos de la Rx de tórax apuntaban a ese diagnóstico. Posteriormente, el Ecocardiograma mostró una imagen ecogénica en aurícula izquierda de 6,9 cm. por 4,5 cm fija al septum interauricular y que protruye en diástole hacia el ventrículo izquierdo, concluyéndose que se trataba de un mixoma de aurícula izquierda que condicionaba obstrucción mecánica de la válvula mitral, El diagnóstico es confirmado mediante Tomografía, y se procede a la resolución quirúrgica con excelente resultado, y el estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de mixoma. Se revisan las características de esta patología y se destaca lo poco habitual de su presentación en sujetos mayores, ya que la edad media de aparición es de 53,9 años según la literatura.

**Palabras clave:** paciente anciano, mixoma de aurícula izquierda, ecocardiograma, insuficiencia cardíaca.

**ABSTRACT****Atrial myxoma in the elderly: report of a case.**

A rare case in elderly patients is presented, its diagnosis being especially difficult without complementary imagenology studies. A 70-year-old patient presented unspecific symptomatology (dispnea, tachicardia, cough and tiredness), negative cardiovascular examination except for EKG showing extrasystolic arrhythmia. The patient improved with anticongestive therapy after presumptive diagnosis of heart

failure and chronic obstructive bronchopulmonary disease. X-rays showed signs of these pathological conditions. Later, the echocardiogram showed an image in the left atrium, protruding in diastole across the mitral valve revealing partial mechanical

obstruction. CAT scan confirmed the diagnosis of atrial myxoma, and the patient was referred to a center where surgery was performed successfully. The diagnosis was confirmed in the pathological study. Characteristics of the entity are reviewed, and the low prevalence of atrial myxoma at an advanced age is stressed, since median age, according to medical literature, is 53.9.

**Key words:** advanced age patient, left atrial myxoma, echocardiogram, heart failure.

## INTRODUCCION

Se aborda el caso de un paciente con una patología cardíaca de difícil diagnóstico clínico, complicado por las características del paciente y su forma de presentación, de manejo multidisciplinario, tanto de especialidades clínicas como quirúrgicas. Se trata de una neoplasia cardíaca primaria benigna poco frecuente con una incidencia por necropsias en los diferentes estudios y autores de 0,0017 - 0,19% (1,2). Hasta los años 50 los casos de tumores cardíacos eran un hallazgo anatomopatológico y de carácter netamente pedagógico debido al poco desarrollo de los estudios por imágenes y de la cirugía cardiovascular. Entre los años 1962 y 1967 se reportan los primeros estudios de mixomas y su resolución quirúrgica, así como la primera comunicación de recidiva tumoral. Los mixomas son conocidos por algunos autores como "los grandes simuladores" (2), que se originan del endocardio parietal. Ocurre casi con exclusividad en las aurículas (85-90%) y con mayor frecuencia en la aurícula izquierda (75%) (3), en el 90% de los casos son únicos (4), la mayoría se ubican en el septum interauricular, específicamente en la región de la fosa oval. La edad de presentación en pacientes adultos oscila entre los 30 y 60 años (5), con una media de 53,9 años (2) y el caso de mayor edad reportado fue un paciente de 95 años (Hudson 1965. Citado por Gabe y col.) (2), a diferencia del rhabdomyosarcoma que es tumor cardíaco benigno más frecuente en la infancia (6). Según el género, se consigue una discreta tendencia predominante del grupo femenino (54,8%) (2). La presentación clínica de las series revisadas indica lo variable de la misma, los pacientes manifiestan síntomas generales como: astenia (7), pérdida de peso, febrícula, y palpitaciones, los cuales todos juntos ocupan el primer lugar con un 74,2%, seguido por disnea de esfuerzo en 45 - 70% (2,5), las embolizaciones (a cualquier parte del organismo) en un 41,9%. En cambio los soplos cardíacos sólo se consiguieron en un 6,4% (2), pudiendo ser confundidos con un tercer ruido cardíaco. La resolución quirúrgica debe ser tan pronto como sea posible luego del diagnóstico debido al riesgo de embolización, se sugiere el seguimiento por ecocardiografía debido a la probabilidad de recurrencia (4).

**Presentación del caso.** Paciente R. C. Masculino de 70 años de edad natural y procedente de Villa de Cura, Edo Aragua. Inicia enfermedad actual 3 meses antes de acudir a la consulta de Medicina Interna el 12 de junio del 2003, con disnea a medianos esfuerzos, tos productiva con expectoración cristalina, fatiga y cansancio. Previamente acudió a ambulatorio cercano a su domicilio donde lo tratan como un cuadro de

Enfermedad Bronco Pulmonar Obstructiva Crónica, con furosemida endovenosa y vía oral 20 mg OD y broncodilatadores.

**Antecedentes Personales.** Hipertensión Arterial Sistémica de larga data, actualmente sin tratamiento. Tabáquicos: positivos por más de 20 años, Hansen: tratamiento con DDS sulfona madre o Dapsona en el Hospital Central Maracay por la consulta de Dermatología. De oficio agricultor con uso de fertilizantes e insecticidas por más de 20 años continuos hasta inicio de enfermedad actual.

**Examen Físico.** Pulso 112 lat/min. Frecuencia Cardíaca 112 lat/min. Tensión Arterial 160/90 mm Hg. Frecuencia Respiratoria 26 resp/min. Luce hidratado, afebril, cianosis distal en uñas, ingurgitación yugular a 30 grados con tope oscilante a 3 cm del ángulo de Lewis, ruidos cardíacos rítmicos con reforzamiento del primer ruido, sin soplos ni galope. Ruidos pulmonares presentes en ambos hemitorax con disminución del murmullo vesicular en ambas bases pulmonares. Abdomen sin hallazgos patológicos a resaltar, Miembros no edema, Neurológico conservado.

**Electrocardiograma.** Ritmo Sinusal/106 lat/min - Zona eléctricamente inactiva en cara inferior - sobrecarga sistólica del ventrículo izquierdo - extrasístoles Lown III multifocales..

**Impresión Diagnóstica.** 1) Insuficiencia Cardíaca Congestiva. 2) Cardiopatía Mixta Crónica. 3) Enfermedad Bronco Pulmonar Obstructiva Crónica. Luego de compensar al paciente, se indicó tratamiento ambulatorio con enalapril 2.5mg vía oral BID, furosemida 20mg OD, budesonida en inhalador y clopidogrel 75 mg OD. Se solicita laboratorio básico, radiología de tórax y ecocardiograma. Días después presenta mejoría moderada de los síntomas. Signos vitales: Pulso 92 lat/min TA 150/90 mmHg Frecuencia Respiratoria 20 resp/min.

**Examen Físico.** Persiste Ingurgitación yugular en decúbito dorsal y en 30 grados, ruidos cardíacos rítmicos con extrasístoles aisladas (Lown III), ruidos pulmonares presentes en ambos hemitorax con mejoría de la ventilación basal, no se evidencia cianosis, ni edemas.

**Laboratorio básico:** resultando una hematología, química sanguínea y urinaria dentro de los límites normales.

**Radiología de Tórax Postero-Anterior:** Campos pulmonares hiperventilados, redistribución de flujo, signos de hipertensión venosa, Cardiomegalia grado I, y Aorta con botón prominente. (Fig. 1)

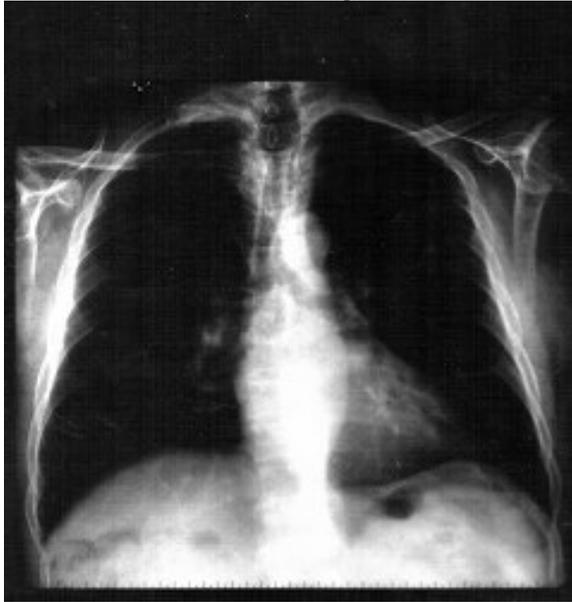


Fig. 1 Rx de torax postero - anterior

**Ecocardiograma:** Presencia de imagen ecogénica en el interior de la aurícula izquierda, de superficie regular, homogénea, móvil, con una longitud de 6,9 cm x 4,5 cm. Fija a nivel del septum interauricular, que en diástole, protuye hacia el ventrículo izquierdo. **Diagnóstico:** - Mixoma en aurícula Izquierda (A.I.) que condiciona obstrucción mecánica moderada de válvula mitral. - Dilatación significativa de Aurícula izquierda. - Función sistólica del ventrículo izquierdo conservada: Fracción de Ejección 63.1%. - Insuficiencia Mitral Leve. (Fig. 2)

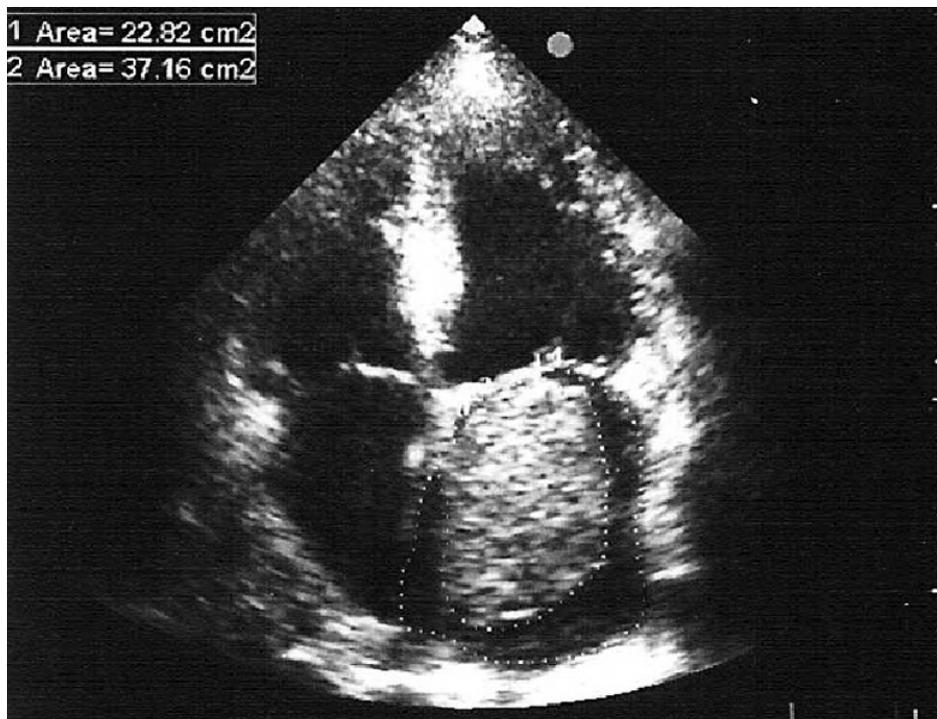


Fig. 2 Ecocardiograma presentando ocupación de espacio en aurícula izquierda

En vista del hallazgo se indica Tomografía de Tórax, y evaluación por el servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Pérez Carreño en Caracas.

**TAC de Tórax:** -Imagen de Lesión Ocupante de Espacio (LOE) en íntima relación anatómica con aurícula izquierda. Compatible con Mixoma, con diámetros aproximados de 6.6cm x 5.9 cm. Sin calcificación en su interior. - Hipertrofia de los Ventriculos, y del Septum interventricular. - Moderada aortoesclerosis, con botón aortico prominente. (Fig. 3)

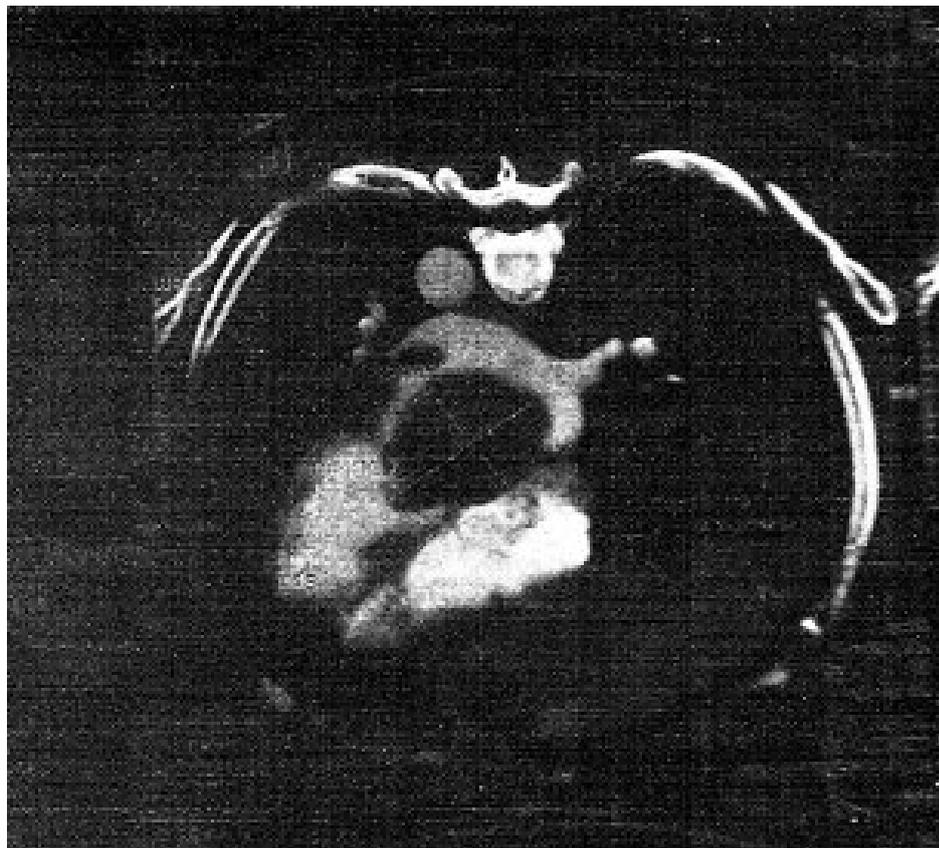


Fig. 3 TAC de torax resaltando masa auricular izquierda

**Cirugía:** es intervenido quirúrgicamente el 22 de septiembre del 2003, en el hospital Pérez Carreño, Caracas con una evolución postoperatoria satisfactoria, desapareciendo en su totalidad la sintomatología inicial.

**Informe de Anatomía Patológica.** Descripción macroscópica: Fragmentos irregulares, friables, heterogéneos de color pardo amarillento aspecto gelatinoso y mucoide de unos 7.5 x 5.5 cm. Descripción microscópica: Fragmentos de tejido conectivo laxo, mixomatoso con celularidad moderada a leve con vasos de tipo capilar revestidos de células endoteliales de núcleos prominentes, con áreas de variable cantidad de colágeno. No se identifican atipias. Diagnostico: Mixoma Cardíaco. (Fig, 4)

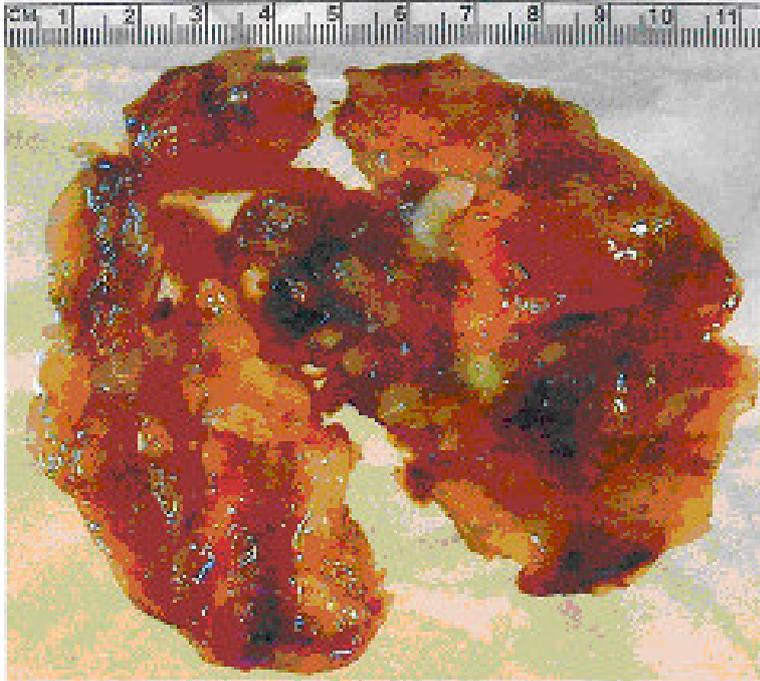


Fig. 4. Fig. 4 Pieza quirúrgica de aurícula izquierda. Mixoma cardíaco

**Ecocardiograma Doppler (control postoperatorio)** Aurícula izquierda dilatada, fracción de eyección 80%, Disfunción diastólica del ventrículo izquierdo. Hipertrofia del ventrículo izquierdo. Válvula mitral: valva septal larga, cierre central competente. (Fig. 5) El paciente se encuentra asintomático del cuadro inicial, motivo de esta presentación.

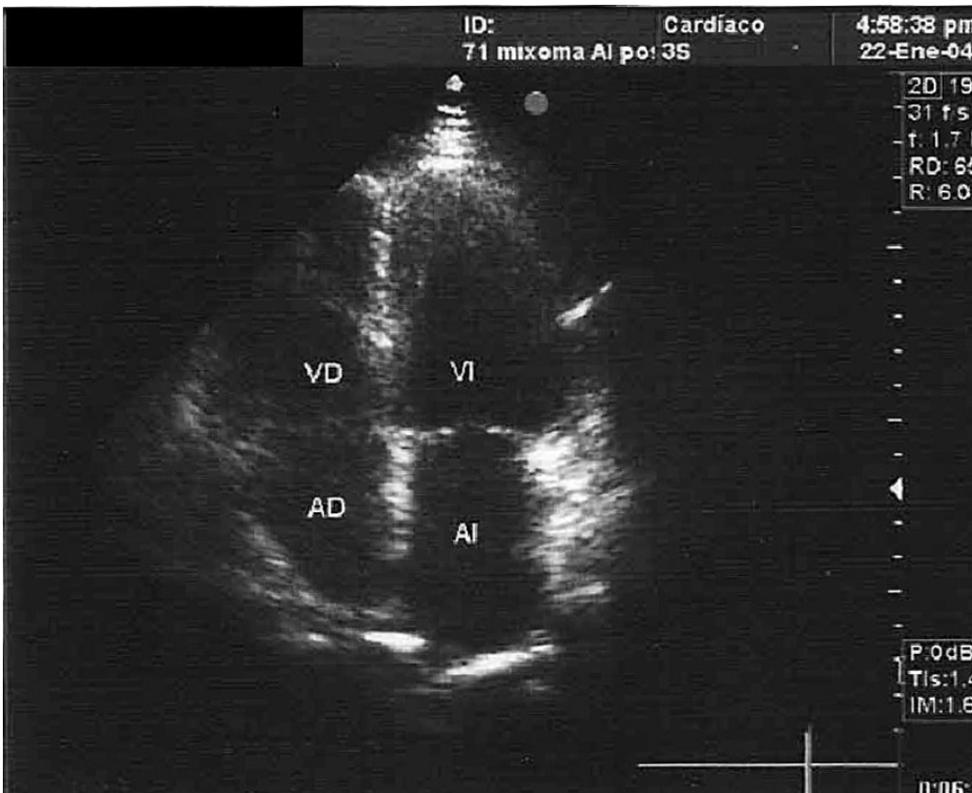


Fig. 5  
Ecocardiograma posterior al acro quirúrgico

## DISCUSION

Los tumores primarios cardiacos son infrecuentes siendo el mixoma el más frecuente, es benigno, generalmente ubicado en la aurícula izquierda a nivel de la fosa oval y más frecuente en la edad adulta

(1,2,8). Su presentación es muy variada, desde síntomas inespecíficos y generales como la disnea (8,9), hasta casos como: el síndrome de Carney el cual es una enfermedad multisistémica de transmisión autosómica dominante que se caracteriza por múltiples neoplasias incluyendo los mixomas (10), cardiopatía isquémica aguda, embolismo pulmonar (11), debido a embolismo tumoral (2,5) o alteraciones hemodinámicas severas por prolapso del tumor (12). Los pacientes con mixomas cardíacos presentan concentraciones séricas elevadas de IL-6, que se normalizan tras la exéresis del tumor (3). Puede sospechase por los síntomas como la fiebre, trombosis, flebitis y elevación de los parámetros laboratoriales como: velocidad de sedimentación globular (7,9), proteína C reactiva, conteo blanco e incluso confundirse o presentarse como un síndrome antifosfolípido (3).

En el caso clínico presentado se muestran coincidencias con la bibliografía, como la presentación clínica, siendo la disnea el síntoma predominante en nuestro paciente (9). Conseguimos otras similitudes como el electrocardiograma donde el ritmo sinusal se mantiene presente en un 87,1% de los casos (2,8). El ecocardiograma aportó suficiente información para el diagnóstico y su ubicación anatómica, siendo éste el estudio más usado y útil para realizar el diagnóstico en el 93,5% (2,5,8,9,13,14).

A diferencia de la literatura revisada debemos resaltar la edad de presentación del paciente: 70 años, con respecto a la media de 53,9 años de la literatura consultada(2,5,7,14), el género predominante es el femenino a diferencia del caso descrito(2,7,14), así como el inicio de la sintomatología de sólo 3 meses precediendo a la consulta. Llama la atención la manifestación de cianosis distal presentada por el paciente ya que no se consiguió reporte alguno de cianosis y mixoma auricular en la bibliografía consultada. También debemos resaltar la ausencia de soplos cardíacos al examen físico, lo que coincide con la baja prevalencia estadística de este fenómeno en los datos de series clínicas españolas 6,4%(2).

**Agradecimiento.** A la Dra. Nora López por su estímulo, dedicación y paciencia en los comentarios y sugerencias de esta presentación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abad C. Tumores cardíacos (I). Generalidades. Tumores primitivos benignos. Rev Esp Cardiol 1998; 51(1): 10-20.
2. Gabe E, Rodríguez Correa C, Vigliano C. et al. Mixomas cardíacos: correlación anatomoclínica. Rev Esp Cardiol 2002; 55: 505 – 513.

3. Esteban E, Blanes A, Moreno M. et al. Mixoma auricular derecho en paciente con anticuerpos antifosfolipídicos positivos. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55: 999-1002.
4. Shapiro L. Cardiac tumours: diagnosis and management. *Heart* 2001; 85:218-222.
5. Tondi S, Capelli C, Tosoni GD, Zennaro GR. The accidental diagnosis of a left atrial myxoma in a 80-years-old female. *G Ital Cardiol* 1998; 28: 909-12.
6. Costello J, Vitullo D, Yan P, Backer C, Mavroudis C. Left ventricular outflow tract obstruction secondary to a rhabdomyoma. *Circulation* 2003;107:1066-1067.
7. Gómez Rodríguez N, Vilar Freire M, Ferreiro Seoane JL, Ibáñez Ruán J, Trinidad López C, Noriega Peiró F. Polymyalgia syndrome and atrial myxoma. *An Med Interna* 1998; 15:370-2.
8. Pentimone F, Del Corso L, Siuti E, Verunelli F, Bortolotti U, Salvatore L. Cardiac myxoma in the elderly. *Clinical Study. Minerva Cardioangiol*; 45:15-20.
9. Acebo E, Val-Bernal J F, Gomez-Roman J J, Revuelta J M. Clinicopathologic study and DNA analysis of 37 cardiac myxomas: a 28- year experience. *Chest* 2003; 123(5): 1379-1385.
10. Morillas Pedro, Frutos A, Bertomeu V, Valero R. et al. Un caso de síndrome de Carney. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 803 – 806.
11. McCoskey EH, Mehta JB, Krishnan K, Roy TM. Right atrial myxoma with extracardiac manifestations. *Chest* 2000; 118(2): 547-549.
12. Roguin N, Amikan S, Riss E. Prolapsing right atrial myxoma: clinical and hemodynamic considerations. *Br Heart J* 1977; 39: 577-580.
13. Bourdillon PD, Monro JL, Johnson AM. Left atrial myxoma with aortic regurgitation. *Br Heart J* 1978; 40: 575-578.
14. Machado I, Lourenço A, Reis F, Quelhas I, Gonçalo L, Pereira A, de Almeida J. Atrial Myxoma. Apropos a clinical case. *Rev Port Cardiol* 1994; 13:37-42, 8.