

Caso Clínico

Derrame pleural recidivante y mixoma auricular: reporte de caso

Jesús Custodio-Marroquín

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – EsSalud, Chiclayo, Perú



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de enero de 2022

Aceptado el 16 de febrero de 2022

On-line el 27 de mayo de 2022

Palabras clave:

Cirugía cardíaca

Mixoma

Derrame pleural

RESUMEN

Los tumores cardíacos primarios son infrecuentes. Alrededor del 75% de ellos son benignos, y más del 50% de estos corresponden a mixomas. Sus manifestaciones clínicas son muy variables, siendo considerado el «gran simulador».

Presentamos el caso de una mujer de 70 años, que cursa disnea y derrame pleural recidivante de etiología desconocida. Fue diagnosticada de mixoma gigante en aurícula izquierda y sometida a cirugía cardíaca, con resolución del cuadro.

Los tumores cardíacos deben ser considerados como diagnóstico diferencial frente a derrame pleural recidivante de causa desconocida. El diagnóstico temprano y el tratamiento quirúrgico oportuno reducen el riesgo de complicaciones y mejoran la sobrevida.

© 2022 Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Recurrent pleural effusion and auricular myxoma: Case report

ABSTRACT

Primary cardiac tumors are infrequent. About 75% of them are benign, and more than 50% of those are myxomas. Their clinical manifestations are highly variable, and they are called 'the great simulator'.

This case report is about a 70 years-old woman with dyspnea and recurrent pleural effusion of unknown etiology. She was diagnosed of a giant left auricular myxoma and underwent cardiac surgery, with resolution of her symptoms.

Cardiac tumors must be considered as a differential diagnosis of recurrent pleural effusion of unknown etiology. The early diagnosis and timely surgical treatment reduce the risk of complications and improve survival.

© 2022 Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Cardiac surgery

Myxoma

Pleural effusion

Introducción

Los tumores cardíacos primarios son infrecuentes, con una incidencia aproximada del 0,0017–0,28%. Alrededor del 75% de ellos son benignos, y más del 50% de estos corresponden a mixomas¹. La localización más habitual es en la aurícula izquierda y sus manifestaciones clínicas son muy variables, siendo denominado «el gran simulador»². Se reporta el caso de una mujer de 70 años de edad, que cursa con disnea progresiva y derrame pleural recidivante de etiología desconocida, en la que se halló un mixoma gigante en la aurícula izquierda.

Reporte de caso

Mujer de 70 años con disnea progresiva y tos no productiva de 6 meses de evolución. En radiografía de tórax se evidencia derrame pleural izquierdo, el cual fue drenado mediante toracocentesis. Se

obtuvo líquido xantocrómico, con resultado de laboratorio compatible con trasudado.

Derrame pleural recidiva siendo necesaria la realización de toracocentesis evacuadoras hasta en 4 oportunidades. Durante el estudio etiológico del derrame pleural se realiza biopsia pleural con resultado negativo para malignidad; tomografía torácica donde se evidencia la presencia de masa intracardiaca izquierda asociada a derrame pleural (fig. 1). La ecocardiografía confirma dicho hallazgo: tumor gigante en la aurícula izquierda que protruye hacia el ventrículo izquierdo; función sistólica biventricular conservada e hipertensión pulmonar poscapilar severa (fig. 2).

La paciente fue sometida a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea mediante esternotomía media. Se realizó canulación aorta bi-cava, con bypass cardiopulmonar total. Abordaje por auriculotomía izquierda, hallando tumoración de aspecto mixomatoso, pediculada, adherida a la pared posterior de la aurícula izquierda, de diámetro aproximado de 8 × 7 cm, de consistencia blanda, la cual fue removida en su totalidad (fig. 3). Tiempo de circulación extracorpórea: 1 hora 30 min, tiempo de pinzamiento aórtico: 45 min. La ecocardiografía transesofágica intraoperatoria no reporta insuficiencia mitral residual.

Correo electrónico: jcustodio91@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.02.012>

1134-0096/© 2022 Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Figura 1. TAC de tórax: masa intracardiaca izquierda con derrame pleural ipsilateral.



Figura 2. Tumor gigante en aurícula izquierda que protruye hacia el ventrículo izquierdo.

Resultado de anatomía patológica: mixoma auricular hemorrágico, con calcificación distrófica.

La paciente cursó con evolución postoperatoria favorable, y fue dada de alta al quinto día de la intervención quirúrgica. En controles ambulatorios, la paciente no manifiesta disnea ni recurrencia de derrame pleural.

Discusión

Los mixomas son los tumores cardíacos primarios benignos más frecuentes. Su localización más habitual es en la aurícula izquierda, con un pico de aparición entre los 40 y 60 años de edad, y una relación mujer: varón de 3 a 1³.



Figura 3. Pieza quirúrgica: tumor auricular izquierdo con pedículo.

Clínicamente, el tumor puede manifestarse como fenómenos embólicos tanto en la circulación sistémica como en la circulación pulmonar; como fenómenos sistémicos por reacciones inmunológicas manifestadas por fiebre, pérdida de peso, anemia y serositis mediada por la producción de citoquinas, especialmente la interleucina 6 (IL-6); y como fenómenos obstructivos simulando una valvulopatía mitral².

La presencia del tumor de gran tamaño a nivel de la aurícula izquierda y su prolapso a través de la válvula mitral genera un mecanismo obstructivo al flujo sanguíneo, ocasionando un aumento de la presión intraauricular e hipertensión venocapilar, manifestándose como derrame pleural⁴.

La asociación entre derrame pleural y mixoma auricular es rara; se debe considerar como diagnóstico diferencial frente a un derrame pleural recidivante de causa desconocida⁵.

El método de elección para su diagnóstico es la ecocardiografía, con una sensibilidad del 95% en la ecocardiografía transtorácica, y del 100% en la transesofágica⁶.

Los pocos casos reportados de asociación entre derrame pleural recidivante y mixoma auricular^{4,5,7} describen que la sintomatología cesó con la exéresis de la tumoración. Estos autores atribuyen el desarrollo del derrame pleural al mecanismo obstructivo del mixoma; sin embargo, Meira et al.⁴ no descartan además la asociación con fenómenos inmunológicos e inflamatorios.

Si bien los mixomas son histológicamente benignos, pueden tener comportamiento maligno con recurrencia de aparición que varía entre el 1-5% en diferentes series, siendo más frecuente en los casos familiares⁸; infiltración local y metástasis a distancia por mecanismo embólico.

El tratamiento quirúrgico es considerado curativo, y debe comprender la exéresis del tumor, incluyendo su base y el endocardio adyacente para disminuir el riesgo de estas complicaciones⁵.

Conclusión

Los tumores cardíacos deben ser considerados como diagnóstico diferencial frente a derrame pleural recidivante de causa desconocida. El diagnóstico temprano y el tratamiento quirúrgico oportuno reducen el riesgo de complicaciones y mejoran la sobrevida.

Consideraciones éticas

El tratamiento quirúrgico fue aprobado por el comité ético de nuestro hospital y se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para su publicación.

El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Abad C. Tumores. Cardíacos (I). Generalidades. Tumores primitivos benignos. Rev Esp de Cardiol. 1998;51:10–20.
2. Induni E, Pucc J, Soto L. Tumores intracardíacos: Aspectos generales y experiencia quirúrgica en el Hospital México. Rev Costarric Cardiol. 2002;4:7–11.
3. Zipes D, Libby P, Bonow R, Mann D, Tomaselli G. Braunwald Tratado de cardiología. 11 ed. España: Elsevier; 2019.
4. Meira E, Camacho R, Meira D, Póvoa R, Kassab K, Anijar A, et al. Mixoma de átrio izquierdo asociado a derrame pleural. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2000;15:59–62.
5. Cakat M, Arslan C, Yildiz A, Bulent M, Gunduz H. Left atrial myxoma with pleural effusion. J Clin Med Res. 2009;1:297–9.
6. Engberding R, Daniel W, Erbel R, Kasper W, Lestuzzi C, Curtius J, et al. Diagnosis of heart tumours by transesophageal echocardiography: a multicentre study in 154 patients. Eur Heart J. 1993;14:1223–8.
7. Alcantara A, Legaspi R, Villalobos R. Pleural effusion secondary to left atrial myxoma in a 36 years old Chinese male. Respirology. 2021;26:440.
8. Gabe E, Rodríguez C, Vigliano C, San Martino J, Wisner J, González P, et al. Mixoma cardíacos: correlación anatomoclínica. Rev Esp Cardiol. 2002;55:505–13.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es