

En el caso de esta paciente, tras el afeitado de la lesión quedaron restos de células melanocíticas que se manifiestan en la recidiva de la lesión de manera tan abigarrada; precisamente por su disposición diseminada en la profundidad, otorgando características clínicas de un melanoma. El diagnóstico es, pues, el de recidiva de NM, denominado también «pseudomelanoma», y hace diagnóstico diferencial con el melanoma.

Bibliografía

1. Vidal D, Valenzuela N, Pimentel L, Puig L. Nevus melanocíticos. Clínica y tratamiento. *Farmacia Profesional*. 2001;15:85–91.

2. Cheung WL, Smoller BR. Dermatopathology updates on melanocytic lesions. *Dermatol Clin*. 2012;30:617–22.

E. Navarro-Claros^{a,*}, M. Marina-Breyse^b,
N. Carvajal-Vogtschmidt^a y W. Moreno-Rodriguez^a

^a Médico de Atención Primaria, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: estefanol@yahoo.com

(E. Navarro-Claros).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.11.002>

Insuficiencia cardiaca aguda en paciente con mixoma auricular simulando estenosis mitral severa



Acute heart failure in a patient with atrial myxoma mimicking severe mitral valve stenosis

Sr. Director:

Mujer de 54 años, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos. Consultó por clínica de disnea de mínimos esfuerzos de una semana de evolución. Además refería pérdida de peso de 7-8 kg en los últimos 6 meses. En la exploración física se apreciaba un soplo diastólico mitral y edemas en miembros inferiores. En la analítica destacaba una anemia normocítica-normocrómica. Las enzimas cardíacas fueron negativas. Se solicitó dímero D para descartar tromboembolismo pulmonar, que fue también negativo. El electrocardiograma mostró un ritmo sinusal a 95 latidos/min. En la radiografía de tórax no existía cardiomegalia, y se apreciaban hilios congestivos y un patrón intersticial en ambas bases. En el ecocardiograma transtorácico (figs. 1 y 2) se objetivó a nivel de aurícula izquierda una masa homogénea de 47 × 27 mm, móvil y pediculada, con pedículo adherido a tabique interauricular, que prolapsaba hacia la válvula mitral en diástole y provocaba una obstrucción intermitente de la misma, originando una estenosis mitral severa. Con la sospecha de mixoma auricular, se remitió a la paciente de manera urgente al servicio de cirugía cardíaca para extirpación de la masa. A través de una auriculotomía izquierda por vía transeptal superior se procedió a la exéresis del tumor con cauterización de la base de implantación. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de mixoma. La evolución posterior de la paciente fue satisfactoria, siendo dada de alta a los 7 días de la intervención. En la revisión a los 6 meses la paciente se encuentra asintomática.

Los tumores cardíacos más frecuentes son las metástasis. Los mixomas constituyen los tumores cardíacos primarios más frecuentes. Su incidencia es mayor en mujeres (2/3) y

suelen aparecer entre la tercera y la sexta década de la vida. Su localización más habitual es a nivel de aurícula izquierda (75%)¹.

Aunque se trata de tumores histológicamente benignos, pueden dar lugar a complicaciones potencialmente graves e incluso muerte súbita. La tríada clásica la constituyen

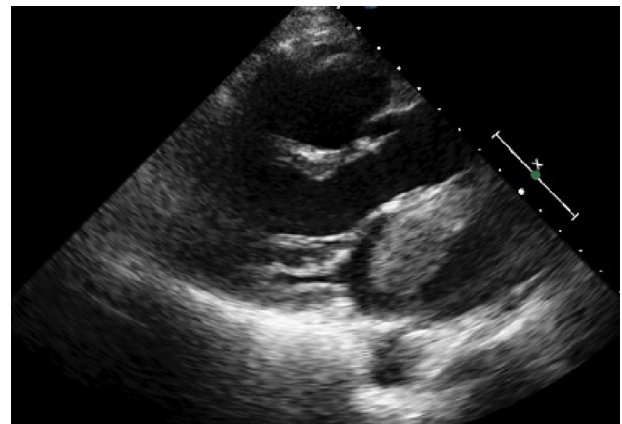


Figura 1 Ecocardiograma en eje largo paraesternal en el que se aprecia la masa en la aurícula izquierda en sístole.



Figura 2 Ecocardiograma en eje largo paraesternal con la masa prolapsando en diástole hacia el ventrículo izquierdo, originando una obstrucción intermitente a nivel de la válvula mitral.

los síntomas cardíacos obstructivos, fenómenos embólicos sistémicos o pulmonares y síntomas constitucionales. Localmente el tumor puede causar un deterioro hemodinámico bien por obstrucción al flujo o deformación de la válvula². En ocasiones, la isquemia miocárdica puede ser el síntoma de presentación. También puede haber pacientes que estén completamente asintomáticos si el crecimiento del tumor es lento. Se ha descrito algún caso de hemorragia aguda dentro del propio tumor, que lleva a un aumento brusco de su tamaño con deterioro clínico del paciente en caso de producir síntomas obstructivos³. En la auscultación cardíaca es típica la presencia de un soplo mitral que se modifica con la posición del paciente.

La ecocardiografía juega un papel fundamental para poder realizar un diagnóstico precoz en estos pacientes. Nos permite descartar otras entidades que cursan con disnea y soplo, como la miocardiopatía hipertrófica y las valvulopatías. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con los trombos intracardíacos, dado la diferente estrategia terapéutica en ambos casos. Como regla general, los trombos suelen aparecer en pacientes con fibrilación auricular, aurícula izquierda dilatada, estenosis o prótesis mitral y tricuspídea, situación de bajo gasto cardíaco y presencia de ecocontraste espontáneo en aurícula izquierda⁴.

El tratamiento de los mixomas cardíacos consiste en la resección quirúrgica. La cirugía debe ser urgente, para evitar complicaciones como los fenómenos embólicos o la muerte súbita. En ocasiones es necesario actuar también sobre la válvula mitral si existe dilatación del anillo o están afectados los velos o las cuerdas por el tumor⁵. El pronóstico de estos tumores es en general bueno. La cirugía es curativa en la mayoría de los casos, aunque hay que realizar un seguimiento periódico con ecocardiografía durante varios años, ya que existen casos de recidiva, la mayoría debidas a una inadecuada resección quirúrgica.

Como conclusión, podemos decir que es importante sospechar esta entidad en pacientes jóvenes, fundamentalmente mujeres, que se presentan con sintomatología de insuficiencia cardíaca aguda y no tienen factores de riesgo cardiovascular, en los que la clínica del paciente no pueda explicarse por otras entidades más frecuentes como son la cardiopatía hipertensiva o isquémica.

Bibliografía

1. Gonzalez-Juanatey C, Regueiro-Abel M, Lopez-Agreda H, Peña-Martínez F, Gonzalez-Gay MA. Giant left atrial myxoma mimicking severe mitral valve stenosis. *Int J Cardiol.* 2008;127:e110-2.
2. Brugs JJ, van den Bos EJ, Raap JB, van de Woestijne PC, Kofflard MJ, Dirkali A. Obstructive giant cardiac tumour in a patient with chest pain and acute respiratory insufficiency. *J Cardiovasc Med.* 2012;13:274-6.
3. Sonker U, Kloppenburg GT, Knoop EA, Seldenrijk CA, Morshuis WJ. Emergency surgery for acute mitral valve obstruction resulting from hemorrhage within a left atrial myxoma. *Ann Thorac Surg.* 2009;87:636-8.
4. Jang KH, Shin DH, Lee C, Jang JK, Cheong S, Yoo SY. Left atrial mass with stalk: Thrombus or myxoma? *J Cardiovasc Ultrasound.* 2014;201:154-6.
5. Matsushita T, Huynh AT, Singh T, Hayes P, Armarego S, Seah PW. Mitral valve annular dilatation caused by left atrial myxoma. *Heart Lung Circ.* 2009;18:145-7.

F.J. Garcipérez de Vargas*, M.V. Mogollón-Jiménez, C. Ortiz y R. Porro

Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fj.garci@hotmail.com

(F.J. Garcipérez de Vargas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.12.001>

La cirugía en establecimientos de salud de atención primaria: comentario desde Perú



Surgery in primary health care clinics: Comments from Peru

Sr. Director:

La cirugía está adquiriendo cada vez mayor interés internacional como tema de la salud pública^{1,2}. La razón subyace bajo la desesperante necesidad de reunir esfuerzos en favor de las familias en países de bajos y medianos recursos (PBMR) que están inhabilitadas para recibir una atención quirúrgica digna. Muestra de ello se encuentra en el hecho de que el 3,5% de las operaciones quirúrgicas en todo el mundo son realizadas en países de bajos recursos³. La inequidad es evidencia del desconocimiento en cuanto a los componentes del sistema quirúrgico. Generalmente lo más recomendable

es iniciar con lo más sencillo hacia lo más complejo; particularmente en cirugía significaría partir analizando desde el estado quirúrgico del primer nivel de atención en salud.

Contrario a lo que popularmente se piensa, la cirugía no es un servicio exclusivo de hospitales o institutos especializados. Dentro de la cartera de servicio del primer nivel se tiene establecido la atención de partos naturales⁴, suturas y curación de heridas. Es correcto afirmar que dichos procedimientos son categorizados como cirugía menor, caracterizados por no requerir anestesia general, ni existir un compromiso de la vida del paciente⁵. Sin embargo, ello no le quita la importancia al momento de planificar y distribuir los recursos quirúrgicos del Estado, conllevando inevitablemente a preguntar: ¿cuántos recursos materiales se necesitan para atender la demanda de atenciones quirúrgicas en establecimientos de primer nivel de atención?

Desafortunadamente, muchos establecimientos de salud de atención primaria no toman con importancia el llenado de registros de atenciones quirúrgicas o, en el peor de los casos, no se tiene un sistema de registro.