

## Mixoma biauricular en paciente pediátrico

### *Biauricular myxoma in pediatric patient*

Carlos Alcántara-Noguez\*, María F. Mendoza-Chávez, Dyan G. Lúa-Segura, Sergio Ruiz-González, Patricia Romero-Cárdenas y Alejandro Bolio-Cerdán

Departamento de Cirugía Cardiovascular, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México

### Introducción

Los mixomas son los tumores benignos más frecuentes del corazón y se presentan con una frecuencia de 7 casos por 10,000 habitantes. La mayoría se encuentran en la aurícula izquierda (AI) (75%), seguida de la aurícula derecha (AD) (20%) y rara vez (3 a 4%) en el ventrículo izquierdo (VI). Respecto a la población pediátrica, representa menos del 5% de los tumores cardíacos y al igual que en adultos la presentación en VI es extremadamente rara<sup>1</sup>.

Estos tumores en su mayoría se presentan de forma esporádica, pero hasta en un 5% se ha descrito un patrón familiar<sup>2</sup>.

Aunque benignas, estas masas intracardiacas a menudo se extirpan porque pueden provocar complicaciones graves<sup>3</sup>.

La recurrencia de los mixomas es muy poco común en pacientes sin predisposiciones familiares<sup>1</sup>. En este caso, describimos una recurrencia biauricular esporádica de mixoma en una paciente pediátrica que había sido anteriormente sometida a resección de un mixoma ventricular izquierdo.

### Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 17 años, previamente conocida en nuestro centro por diagnóstico de mixoma

cardíaco (MC) situado en tabique interventricular con obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI), extirpado a los 13 años de edad y egresando tras una semana sin complicaciones. Posteriormente se sometió a resección de masa en mama derecha a los 16 años, el cual fue reportado por patología como quiste ductal.

En el padecimiento actual, acude al servicio de urgencias por presentar disnea de medianos esfuerzos de tres meses de evolución, acompañada de tos y hemoptisis A su ingreso con taquicardia, presencia de soplo sistólico de intensidad II/IV en foco pulmonar y clase funcional III de acuerdo con la *New York Heart Association*. Se toma electrocardiograma que refleja taquicardia sinusal y radiografía de tórax con cardiomegalia. Se realiza estudio ecocardiográfico con hallazgos de masa en AD, pediculada e irregular, de 7.6 x 4.2 cm que prolapsa por válvula tricúspide a ventrículo derecho hasta su porción muscular sin obstruir el tracto de salida. Masa en AI de 2 x 1.2 cm, pediculada e irregular, que prolapsa a válvula mitral, con fracción de eyección de ventrículo izquierdo 58% y sin obstrucción del TSVI (Fig. 1 A y B).

Asimismo, se realiza angiorresonancia magnética para delimitar masas intracardiacas previo al procedimiento quirúrgico (Fig. 1 C y D), encontrando hallazgos similares al ecocardiograma ya reportado.

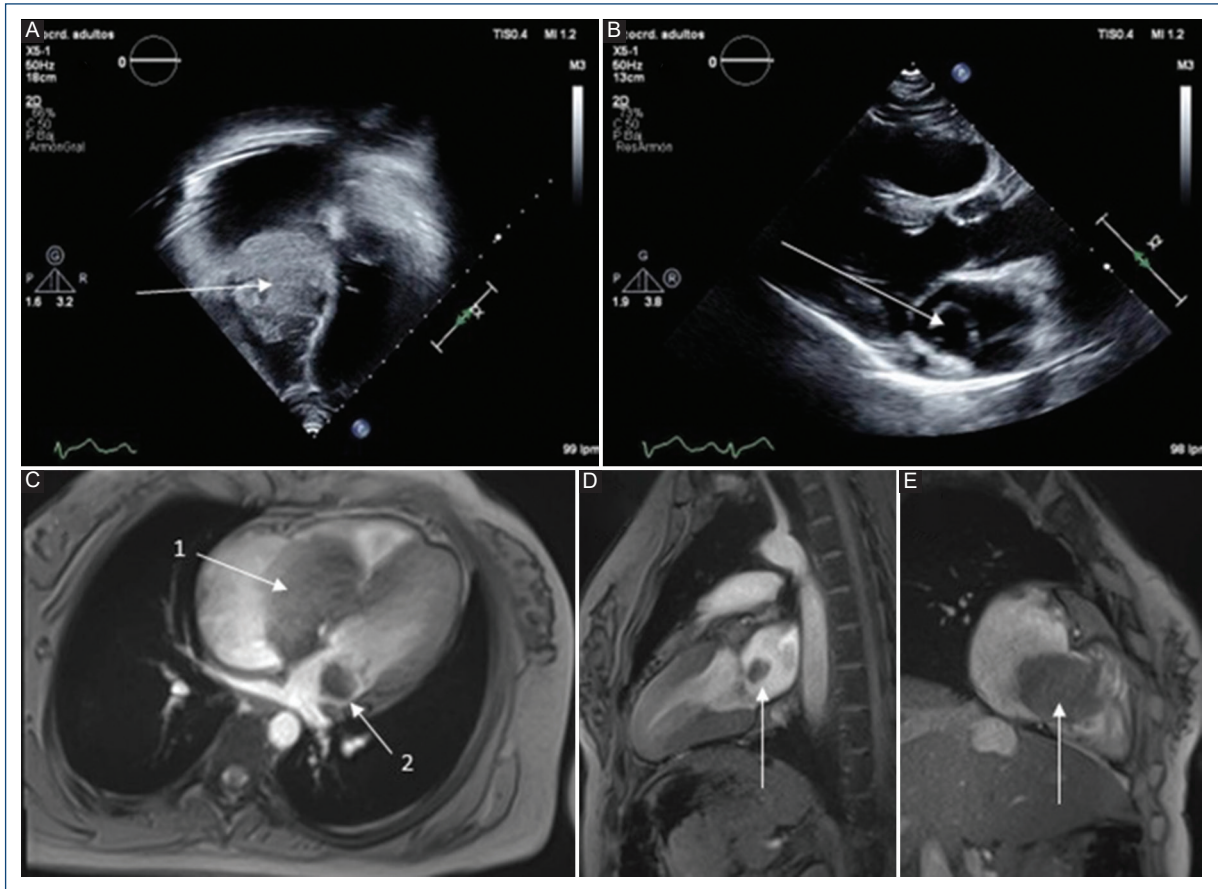
#### \*Correspondencia:

Carlos Alcántara-Noguez  
E-mail: dr.charlyalcantara@gmail.com

Fecha de recepción: 25-08-2022  
Fecha de aceptación: 25-03-2023  
DOI: 10.24875/ACM.22000217

Disponible en internet: 20-10-2023  
Arch Cardiol Mex. 2023;93(4):526-529  
www.archivoscardiologia.com

1405-9940 / © 2023 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Permalyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



**Figura 1.** **A:** ecocardiografía con imagen de masa irregular en aurícula derecha. **B:** ecocardiografía con imagen de masa en aurícula izquierda. **C:** corte axial de resonancia magnética que muestra mixoma auricular derecho (flecha 1) e izquierdo (flecha 2). **D:** corte sagital de resonancia magnética que muestra mixoma auricular izquierdo. **E:** corte coronal de resonancia magnética que muestra mixoma auricular derecho.

Al concluir estudios, se realiza intervención quirúrgica con resección de tumores intracardiacos (Fig. 2), tras la que se corroboró con ecocardiograma transesofágico la ausencia de masas residuales.

Se envían piezas a patología, donde se reporta el tumor de AD con tamaño de 11 x 7 x 3 cm y peso de 43 gramos, con superficie lisa, coloración café violeta, aspecto mixoide, consistencia blanda y friable. Tumor de AI con tamaño de 2.2 x 2 x 1.2 cm, superficie lisa y amarilla con consistencia friable. En los cortes histológicos ambos presentaron características neoplásicas benignas compatibles con diagnóstico de MC.

La paciente cursó su evolución posquirúrgica inmediata sin complicaciones, sin embargo previo a su egreso hospitalario con evento cerebral vascular isquémico subagudo en territorio de arteria cerebral media; recibiendo abordaje terapéutico adecuado y progresando favorablemente, por lo que se decide su egreso

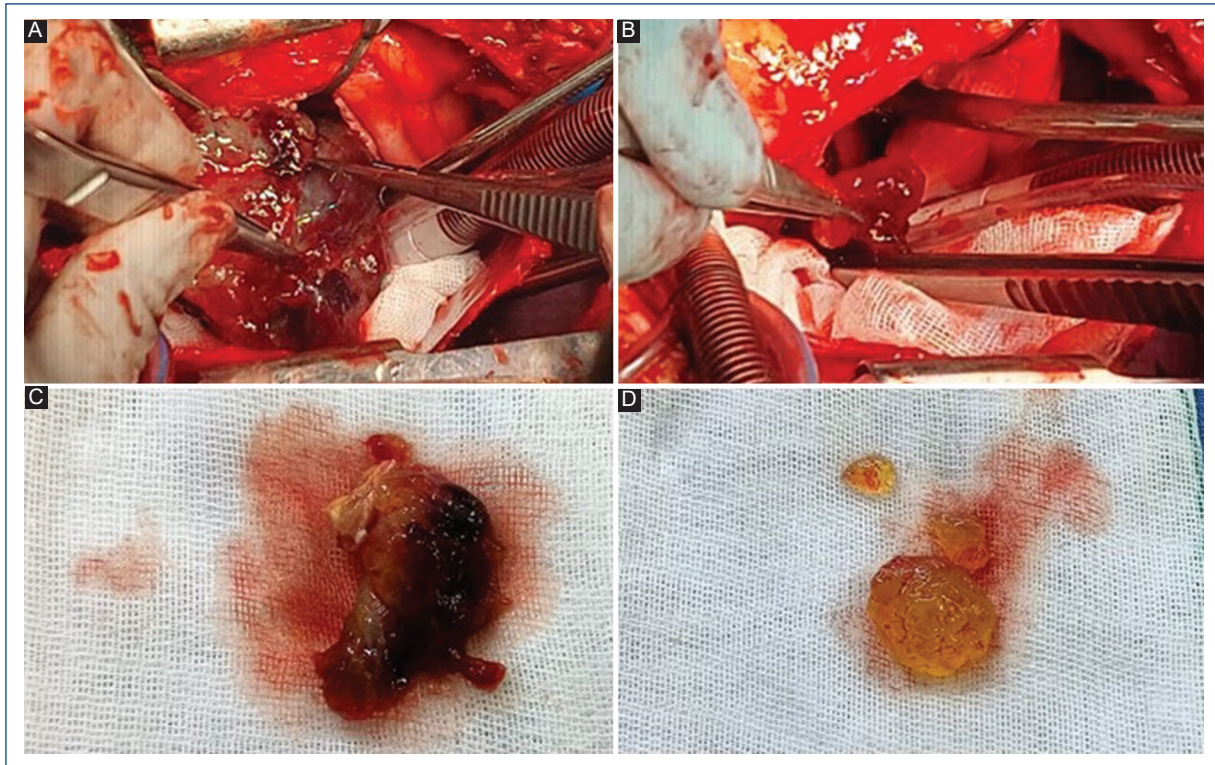
cinco días posterior al evento con manejo y seguimiento multidisciplinario.

### Comentario

Los mixomas se desarrollan en el tabique interauricular y ocurren en la AI en más del 75% de los pacientes. Macroscópicamente son pediculados, móviles, ovalados, friables, gelatinosos y de color marrón amarillento a rojo<sup>2,4</sup>.

La incidencia de recidiva es del 1 al 4% en el mixoma esporádico y del 21 al 67% en el familiar. Esta recurrencia puede ocurrir debido a la siembra en el momento de la extracción, resección incompleta o crecimiento a partir de un nuevo foco; siendo esta última en un sitio diferente al primario<sup>2</sup>, como sucedió en esta paciente.

La recurrencia bilateral de mixomas auriculares es rara. La mayoría de los casos están asociados con formas familiares, especialmente al complejo



**Figura 2. A y C:** resección de mixoma auricular derecho y fotografía macroscópica. **B y D:** resección de mixoma auricular izquierdo y fotografía macroscópica.

de Carney, que es causado por una mutación genética en el cromosoma 17q2. Estos pacientes presentan pigmentación manchada, tumores extracardiacos no mixomatosos como adenomas hipofisarios, tumores de células de Sertoli y fibroadenomas mamarios<sup>5</sup>. En el caso de nuestra paciente ante la ausencia de otros criterios diagnósticos mayores, así como de antecedentes familiares compatibles con la presencia de mixoma, se decidió no extender el abordaje.

Los mixomas se presentan con una tríada clásica de síntomas que incluyen obstrucción cardíaca, embolización sistémica o pulmonar y manifestaciones sistémicas o constitucionales; los pacientes rara vez son asintomáticos<sup>4,6</sup>. Las consecuencias hemodinámicas incluyen disnea, palpitaciones, fibrilación auricular, episodios de síncope, taquicardia y muerte súbita. A su vez, pueden ocurrir trastornos neurológicos debido a la embolización de un vaso cerebral causada por los fragmentos del MC<sup>6</sup>.

La sintomatología vaga e inusual de estos tumores a menudo conduce a un diagnóstico tardío o erróneo en esta edad<sup>4</sup>.

El MC se diagnostica con base en el examen clínico y estudios de imagen. La ecocardiografía es pilar en el diagnóstico, ya que muestra una precisión del 90 al 96%<sup>6</sup>.

La extirpación quirúrgica del MC sigue siendo el tratamiento de elección. Los pacientes que se han sometido a una escisión quirúrgica requieren una reevaluación continua para detectar la recurrencia de la enfermedad<sup>4</sup>.

En conclusión, el MC en la edad pediátrica es una patología poco frecuente, el tratamiento quirúrgico es de suma importancia para evitar complicaciones mortales. Sin embargo, la posibilidad de recurrencia, aunque baja, puede llegar a presentarse. Tal fue el caso de esta paciente, en la que la ausencia de antecedentes familiares, así como la aparición del tumor en un sitio distinto al primario, excluye como causa una siembra de tumor durante la resección quirúrgica, lo que nos permite clasificarla como una recurrencia esporádica.

## Financiamiento

Ninguno.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el

artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

1. Wang Y, Yin K, Zhang Z, Lin Y, Sun Y, Wang C. Recurrent Left Ventricular Myxoma. *Heart Lung Circ.* 2018;27(6):e82-e83.
2. Mahavar RK, Arora D, Singh A, Mishra M. Recurrent cardiac myxoma: A case report. *Ann Card Anaesth.* 2021;24(4):490-2.
3. Jia X, Kohli A, Jarjour J, Chen CJ, Gilmore B, Tabbaa R, et al. Recurrent Biatrial Myxoma in a 41-Year-Old Woman after Left Atrial Myxoma Resection. *Tex Heart Inst J.* 2017;44(6):402-4.
4. Animasahun AB, Kushimo OY, Fajuyile FA, Njokanma OF. Atrial myxoma in 2 nigerian children: case reports and review of the literature. *World J Pediatr Congenit Heart Surg.* 2010;1(3):397-9.
5. Rathore KS, Hussenbocus S, Stuklis R, Edwards J. Novel strategies for recurrent cardiac myxoma. *Ann Thorac Surg.* 2008;85(6):2125-6.
6. Samanidis G, Khoury M, Balanika M, Perrea DN. Current challenges in the diagnosis and treatment of cardiac myxoma. *Kardiol Pol.* 2020;78(4):269-77.