

Mixoma auricular izquierdo, otra causa de estenosis mitral

Left atrial myxoma, another cause of mitral stenosis

Sharon H. Pineda-Guevara^{1,2*}, César U. Alas-Pineda^{3,4}, Carlos R. Alvarado-Guevara³,
Bryan J. Rojas-González^{1,2} y Alan F. Murillo-Córdova²

¹Departamento de Medicina Interna, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Cortés, Honduras; ²Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula, San Pedro Sula, Cortés, Honduras; ³Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Cortés, Honduras; ⁴Quantitative Biomedical Science Program, Geisel School of Medicine, Dartmouth College, Hanover, New Hampshire, EE.UU.

Presentación del caso

Los tumores cardiacos primarios benignos son poco frecuentes, con una mayor prevalencia en mujeres, y se observan predominantemente en individuos de 40 años o más. Dentro de este grupo, el tipo más común en los adultos es el mixoma cardiaco, conocido como «el gran simulador» en la patología cardiovascular debido a su capacidad de imitar diversas condiciones clínicas^{1,2}. En gran medida se presenta como una masa auricular de aspecto indiferenciado. La paciente cuyo caso presentamos manifestó inicialmente síntomas inespecíficos sugestivos de valvulopatía mitral y congestión pulmonar.

Mujer de 34 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de 1 año de evolución, tratada de manera irregular con irbesartán 150 mg por vía oral. Se quejaba de disnea de grandes esfuerzos de 3 semanas de evolución, que progresó en 1 semana a disnea de mínimos esfuerzos, ortopnea y disnea paroxística nocturna, con edema de miembros inferiores de 7 días, de predominio vespertino.

En las últimas 48 horas sus síntomas se agravaron, razón por la que acudió al servicio de urgencias. Al ingreso, la paciente muestra facies de enfermedad aguda, con ingurgitación yugular a 45°, frecuencia

cardiaca de 100 l.p.m., frecuencia respiratoria de 36 r.p.m., crepitantes basales bilaterales, soplo holosistólico en el cuarto espacio intercostal izquierdo en la línea paraesternal. Foco mitral: primer ruido intenso, segundo ruido duplicado por chasquido de apertura con retumbo corto, sugestivo de estenosis mitral grave. En el abdomen se encontró hepatomegalia lisa de 4 cm por debajo del reborde costal, superficie lisa, bordes cortantes, dolorosa a la palpación, con reflujo hepatoyugular positivo.

Se realizó radiografía de tórax (Fig. 1A), en la que fue evidente la presencia de cardiomegalia de grado II, con redistribución cefálica del flujo. En vista de lo anterior, se decidió realizar estudio electrocardiográfico (Fig. 1B), que mostró taquicardia sinusal, bloqueo de rama derecha del haz de His de grado menor y alteraciones inespecíficas de repolarización. Se ingresó a observación y se le administró medicación intravenosa, con lo que mejoraron sus síntomas iniciales y fue referida a consulta externa para estudio. A la mañana siguiente acude a consulta a un médico privado, quien le practicó un estudio ecocardiográfico (Fig. 1C) en el que se encontró una masa en la cavidad auricular izquierda que se proyectaba al tracto de entrada del ventrículo izquierdo, condicionando una estenosis mitral grave.

*Correspondencia:

Sharon H. Pineda-Guevara
E-mail: Sharompineda7@gmail.com

Fecha de recepción: 18-12-2024
Fecha de aceptación: 07-03-2025
DOI: 10.24875/ACM.24000248

Disponible en internet: 27-06-2025
Arch Cardiol Mex. 2025;95(4):380-383
www.archivoscardiologia.com

1405-9940 / © 2025 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

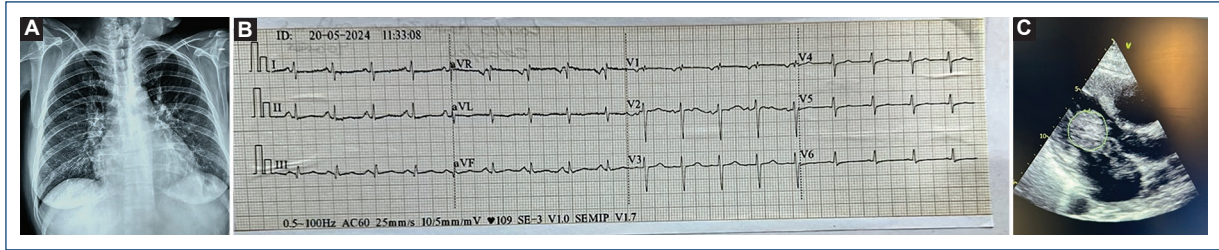


Figura 1. A: radiografía posteroanterior de tórax que muestra cardiomegalia de grado II con hipertensión venocapilar pulmonar de +++, patrón reticular bilateral, ensanchamiento hiliar y crecimiento biauricular. **B:** electrocardiograma que muestra taquicardia sinusal, frecuencia ventricular media de 100 l.p.m., PR 0.16 s, QRS 0.08, QTc 413 ms, aQRS +90°, P negativa en V1, mellada en D2, crecimiento auricular izquierdo y alteraciones inespecíficas del segmento ST. **C:** ecocardiograma eje paraesternal largo del ventrículo izquierdo, se aprecia marcada dilatación de la aurícula izquierda (46 ml/m²), masa hiperecoica ovalada, móvil, dependiente del tabique interatrial, longitud de 79 mm y diámetro transversal de 25 mm, que se desplaza al tracto de entrada del ventrículo izquierdo, prácticamente obliterándolo.

Regresa al servicio de urgencias y es referida a cirugía cardiovascular. Es intervenida quirúrgicamente, con resección de una masa intracavitaria (Fig. 2) que estaba adherida al tabique interatrial izquierdo, protruyendo por la válvula mitral al ventrículo izquierdo, con dimensiones aproximadas de 90 × 35 mm.

La paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos en estado crítico, con soporte hemodinámico, aminas vasoactivas por bajo gasto cardíaco y ventilación mecánica. Cuatro horas después desarrolló choque cardiogénico irreversible, falleciendo como consecuencia del daño crónico en el miocardio. La obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo provocó un aumento de la presión auricular izquierda y de las venas pulmonares, lo que condicionó hipertensión pulmonar grave (85 mmHg) y, finalmente, disfunción del ventrículo derecho.

Discusión

Los mixomas cardíacos son inicialmente sospechados en apenas el 5.7% de los pacientes, dado que sus manifestaciones clínicas dependen de factores como el tamaño, la localización y la movilidad del tumor. Clínicamente suelen simular una valvulopatía mitral con fenómenos cardioembólicos sistémicos. El diagnóstico preciso puede ser complejo debido a múltiples factores de confusión que contribuyen a retrasar su identificación oportuna y el tratamiento correspondiente²⁻⁴. En nuestro caso, la paciente manifestó signos de insuficiencia biventricular e insuficiencia respiratoria, lo que motivó su ingreso al servicio de urgencias. Debido a su presentación clínica variable, se puede pasar de formas asintomáticas a condiciones potencialmente mortales,

como obstrucción valvular y embolización sistémica. Los mixomas se pueden acompañar en algunos casos de síntomas constitucionales, como pérdida de peso, fiebre y artralgias.

Los tumores de la aurícula izquierda conllevan un riesgo significativo de embolización, siendo frecuentes los eventos embólicos cerebrales derivados de la fragmentación del mixoma. Además, su ubicación puede obstruir el flujo sanguíneo auriculoventricular, simulando una estenosis mitral, y si no se trata adecuadamente puede ocasionar insuficiencia cardíaca o muerte súbita³. Se debe sospechar un mixoma cardíaco en presencia de la auscultación clásica de estenosis mitral, en ausencia de historia de enfermedad reumática, así como en casos de eventos embólicos arteriales recurrentes, síncope relacionado con cambios posturales, fiebre baja persistente, anemia sin antecedentes de fiebre reumática ni endocarditis, y en pacientes con insuficiencia cardíaca de difícil control. Ante cualquiera de estas características, se debe realizar una ecocardiografía para confirmar el diagnóstico⁵.

El diagnóstico de los mixomas auriculares se basa principalmente en ecocardiografía con el objetivo de visualizar y caracterizar los tumores cardíacos, ya que proporciona información detallada sobre el tamaño, la ubicación y los puntos de inserción de estos tumores, que son datos cruciales para la planificación de la intervención quirúrgica. Aunque la ecocardiografía es una herramienta clave en el diagnóstico de los mixomas, puede resultar difícil diferenciarlos de otras masas cardíacas, como los trombos, debido a sus características ecográficas similares. El ecocardiograma realizado a la paciente durante el seguimiento de sus síntomas fue crucial, ya que permitió detectar una

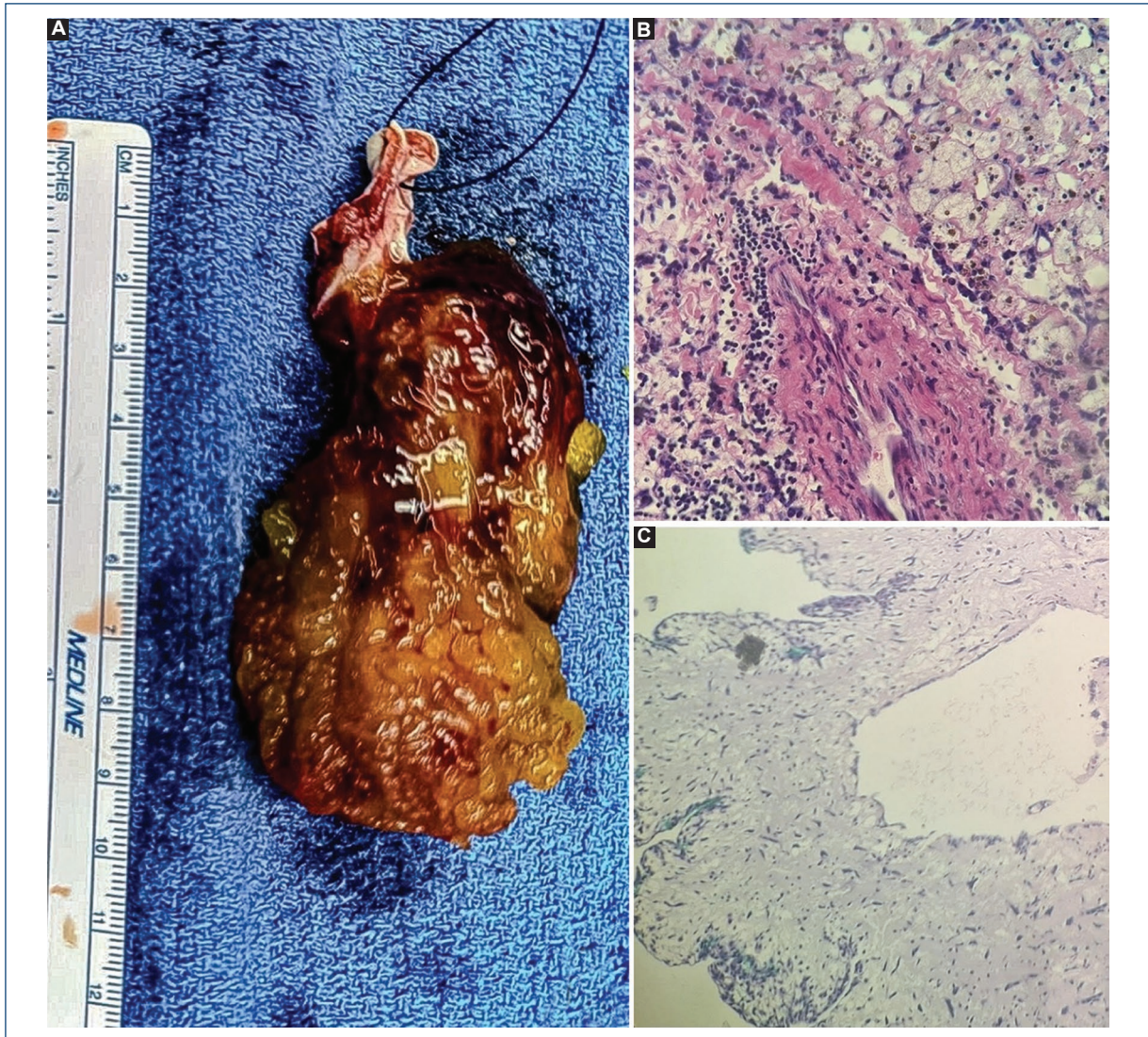


Figura 2. A: masa pediculada extraída de la aurícula izquierda, con características macroscópicas que incluyen color café amarillento y una superficie brillante. La masa mide 9.5 cm de longitud y tiene un tamaño aproximado de 3 × 2 cm, presentando una estructura compacta, y un peso de 50 g. **B:** tejido mixoide con presencia de células estrelladas alternando con moderada cantidad histiocítica cargadas con hemosiderina. **C:** escaso infiltrado linfocitario en forma focal, y en las periferias de la masa hay formación de un trombo hemático organizado, constituido de fibrina, glóbulos rojos en forma laminada y restos de neutrófilos.

masa adherida al tabique interatrial que obstruía el tracto de entrada del ventrículo izquierdo.

Los hallazgos en el electrocardiograma son inespecíficos. El hallazgo más común es hipertrofia auricular izquierda, que se presenta en el 20-40% de los pacientes^{3,6}. La radiografía de tórax es inespecífica en aproximadamente el 50% de los casos. Los hallazgos comunes incluyen congestión venocapilar, crecimiento de la aurícula izquierda y calcificaciones inusuales⁷. En la radiografía de tórax de nuestro caso se encontró

hipertensión venocapilar pulmonar, crecimiento biauricular y cardiomegalia de grado II.

La resección quirúrgica representa el tratamiento definitivo para los mixomas cardiacos, con una rápida recuperación posoperatoria y una tasa de mortalidad inferior al 5%. Además de la resección, puede ser necesaria la estabilización hemodinámica con soporte inotrópico, ventilatorio o hemodinámico externo, como en el caso de nuestra paciente que presentó hipertensión pulmonar grave^{6,8}.

Conclusión

El mixoma auricular izquierdo es un tumor cardíaco raro que puede simular diversas patologías cardiovasculares, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento oportuno. En este caso, la paciente tenía síntomas sugestivos de valvulopatía mitral grave con hipertensión pulmonar secundaria, lo que dificultó la identificación temprana del mixoma. A pesar de la intervención quirúrgica, la evolución fue desfavorable debido al compromiso hemodinámico grave. Por ello, es importante una evaluación clínica detallada y el uso de ecocardiografía en pacientes con insuficiencia cardíaca atípica o embolización sistémica de causa desconocida. El diagnóstico temprano y la intervención quirúrgica pueden mejorar el pronóstico y reducir la mortalidad.

Agradecimientos

Los autores agradecen profundamente la colaboración y valentía de la paciente, la cual inspiró este reporte clínico.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones 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, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de la paciente, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Gabe ED, Rodríguez Correa C, Vigliano C, Martino JS, Wisner JN, González P, et al. Mixomas cardíacos: correlación anatomoclínica. *Rev Esp Cardiol.* 2002;55:505-13.
2. Côte-Real F, Côte-Real H. The role of transesophageal echocardiogram in the diagnosis and treatment of intracardiac tumors: a case of atrial myxoma. *Cureus.* 2024;16:e53597.
3. Leivaditis V, Beltsios ET, Papatriantafyllou A, Grapatsas K, Mulita F, Dahm M. Acute decompensated heart failure secondary to left atrial myxoma: a case report highlighting diagnostic challenges and multidisciplinary management. *Cureus.* 2024;16:e65177.
4. Shabab S, Erfanzadeh M, Ahmadian S, Mahmoudabady M, Mazloum N. A case report of left atrial myxoma presenting with amnesia. *BMC Cardiovasc Disord.* 2022;21:225.
5. Yuan SM, Yan SL, Wu N. Unusual aspects of cardiac myxoma. *Anatol J Cardiol.* 2017;17:241-7.
6. D'Anna C, Villani A, Ammirati A, Francalanci P, Ragni L, Cecconi G, et al. New onset cardiac murmur and exertional dyspnea in an apparently healthy child: a rare localization of obstructive myxoma in the right ventricle outflow tract without pulmonary embolization — a case report and literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:12888.
7. Gutiérrez-Díaz GI, Durán-Alcalá RI. Hallazgo incidental de mixoma cardíaco en paciente con bradiarritmia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2024;62:e6052.
8. Shaikh P, Rivera MR, Beal MA, Schill MR, Pawale A, Moreno JD. Giant left atrial myxoma presenting with severe pulmonary hypertension. *US Cardiol Rev.* 2024;18:e19.