

CASO CLÍNICO

CASE REPORT

1. Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela
 - a Doctor en Ciencias Médicas, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad "Dr. Nerio Belloso"
 - b Especialista en Medicina Interna, Servicio de Medicina Interna

Declaración de aspectos éticos

Reconocimiento de autoría: Todos los autores declaran que han realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando.

Responsabilidades éticas: Protección de personas. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos del Hospital Central "Dr. Urquinaona" 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.

Financiamiento: Los autores certifican que no han recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Recibido: 24 agosto 2016

Aceptado: 17 setiembre 2016

Correspondencia:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil.

📍 Hospital Central "Dr. Urquinaona".
Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

☎ 584162605233.

✉ sippenbauch@gmail.com

Citar como: Reyna-Villasmil E, López-Sánchez G. Mixoma cardiaco materno durante el embarazo. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(2):253-255.

Mixoma cardiaco materno durante el embarazo

Maternal cardiac myxoma during pregnancy

Eduardo Reyna-Villasmil^{1,a}, Geraldine López-Sánchez^{1,b}

RESUMEN

Los mixomas cardiacos pueden producir complicaciones graves en las embarazadas. Los hallazgos clínicos dependen de la localización, tamaño y movilidad. Embolismos, obstrucción intracardiaca y síntomas constitucionales pueden ser la presentación inicial. La resección quirúrgica es el tratamiento definitivo. Solo se ha comunicado previamente veinte casos y se reporta un caso de mixoma cardiaco en una embarazada quien asistió a la consulta de Cardiología a las 30 semanas con un ecocardiograma que reportaba una tumoración en el ventrículo izquierdo. La cesárea electiva fue realizada a las 34 semanas y el *bypass* cardiopulmonar y la resección del mixoma ocurrieron 5 días después. Esta potencial condición perjudicial reseña la importancia de considerar este raro problema médico que puede presentarse durante el embarazo.

Palabras clave. Mixoma Cardiaco; Embarazo; Resección Quirúrgica.

ABSTRACT

Atrial myxomas may cause serious disability in pregnant women. Clinical features depend on location, size and mobility. Embolism, intracardiac obstruction and constitutional symptoms may be the initial presentation. Surgical excision is the definitive treatment. Only twenty cases have been previously published. We report a case of a cardiac myxoma in a pregnant patient who attended the cardiology service at 29 weeks of gestation where the echocardiogram revealed a mass in the left atrium. Elective caesarean section was performed at 34 weeks. Five days later, cardiopulmonary bypass surgery and excision of myxoma five days later. This potentially life-threatening condition highlights the importance of considering of rare medical problems presenting during pregnancy.

Keywords: Cardiac myxoma; Pregnancy; Surgical Excision.



INTRODUCCIÓN

Los tumores primarios cardiacos con poco comunes, con una incidencia de 0,02%. De estos tumores, 75% son benignos y aproximadamente 50% mixomas. Los mixomas cardiacos son raros en las embarazadas y se ha comunicado menos de 20 casos. Se presentan con signos o síntomas específicos relacionados a su localización anatómica, tamaño, movilidad y efecto sobre las estructuras que lo rodean, más que por su tipo histológico⁽¹⁾. Su diagnóstico se realiza por pruebas de imágenes, generalmente por ecocardiografía. El tratamiento quirúrgico temprano es necesario debido a las complicaciones embólicas fatales. Sin embargo, la cirugía cardiaca durante el embarazo es generalmente un procedimiento de alto riesgo para el feto⁽²⁾. Se presenta un caso de mixoma cardiaco materno durante el embarazo.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente primigesta de 19 años con embarazo de 16 semanas quien acudió a la emergencia por presentar cuadro sincopal con pérdida de la conciencia, solo refiriendo episodios ocasionales de mareos previos al embarazo. El examen físico fue normal y estaba hemodinámicamente estable. La paciente fue referida a la consulta de Cardiología donde se le realizó un electrocardiograma que no mostró anomalías, con una frecuencia cardiaca de 65 latidos por minuto; se le prescribió aspirina. Las pruebas de laboratorio de rutina, bioquímicas y enzimas cardiacas estaban dentro de límites normales.

A las 30 semanas se evidenció frecuencia cardiaca de 60 latidos por minuto con soplo protomesodiastólico I-II / IV audible en el ápex cardiaco, no irradiado, de frecuencia media y aspecto aparentemente funcional. La ecocardiografía transesofágica y transtorácica demostró regurgitación mitral leve y tumoración intraauricular izquierda (20 x 15 milímetros) pedunculada, blanda y móvil, con base de implantación en el techo auricular (figura 1), que posteriormente fue confirmada por resonancia magnética. Las dimensiones de aurícula y ventrículo izquierdo eran normales, con fracción de eyección de 65%. La paciente fue hospitalizada para monitoreo con el diagnóstico de posible mixoma cardiaco. Fue tratada con anticoagulantes y esteroides para maduración pulmonar fetal y se planificó el parto más la extirpación de la tumoración

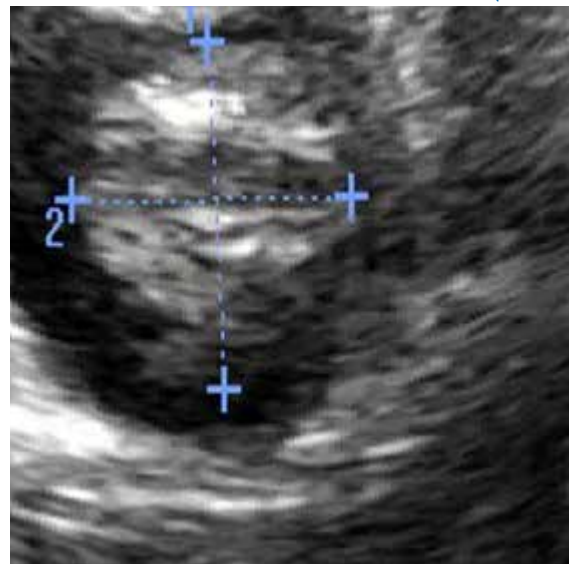
cardiaca. Se realizó la cesárea a las 34 semanas seguida de *bypass* cardiopulmonar y extirpación del mixoma cinco días después. Se logró la recuperación sin complicaciones. La evaluación anatomopatológica determinó la presencia de un tumor polipoide que medía 3,0 x 2,5 x 2,0 centímetros, compuesta de células poligonales dentro del estroma mixoide vascular, sin atipias y mitosis, confirmando el diagnóstico de mixoma cardiaco.

DISCUSIÓN

El diagnóstico y tratamiento es un reto en función de la naturaleza de la tumoración intracardiaca, momento del parto, necesidad de cirugía cardiaca y riesgos del tratamiento posterior. Los mixomas derivan de las células mesenquimales multipotenciales del subendocardio, generalmente en mujeres y con un excelente pronóstico postoperatorio⁽³⁾. La mayoría de los mixomas cardiacos (75%) se originan dentro de la aurícula izquierda, desde el septo interauricular hasta el borde de la *fossa ovalis*. Dos tercios de los mixomas tienen forma redonda u ovalada, con superficie lisa o ligeramente lobulada, y el tamaño promedio varía de 1 a 15 centímetros⁽⁴⁾.

En el estudio anatomopatológico de los mixomas cardiacos se observa matriz mixoide rica en mucopolisacáridos, en la que se detecta unas células poligonales características con citoplasma eosinofílico⁽⁵⁾. Estas células presentan características ultraestructurales similares a las de células

FIGURA 1. ECOCARDIOGRAMA DEL MIXOMA DE LA AURÍCULA IZQUIERDA.





mesenquimáticas indiferenciadas, musculares lisas, endoteliales, secretoras o fibroblásticas. En algunos casos se ha descrito la producción de citocinas⁽⁶⁾. A veces puede observarse trombosis, cuerpos de Gamma-Gondi, osificación, restos de tejido cartilaginoso, hematopoyético o intestinal primitivo⁽⁵⁾.

Los pacientes pueden presentar síntomas de obstrucción de la válvula mitral (estenosis mitral), insuficiencia cardíaca congestiva, embolismos sistémicos, síntomas generales (fiebre, pérdida de peso y fatiga) y manifestaciones inmunológicas (mialgia, debilidad y artralgia); algunos pueden ser mal interpretados como síntomas asociados al embarazo⁽²⁾. Se ha descrito que los mixomas del ventrículo izquierdo pueden simular estenosis mitral y, si no es diagnosticado, producir alteraciones en la aurícula izquierda e insuficiencia cardíaca derecha, un fenómeno previamente descrito en cerca de 4% de los casos⁽⁷⁾.

Los estudios por imágenes son útiles y describen en forma precisa extensión, anatomía e infiltración de las estructuras cardíacas. También ayudan a excluir tumores de origen metastásico y eventual invasión metastásica de un tumor primario. El principal diagnóstico diferencial son los trombos auriculares, en especial asociados con fibrilación auricular, dilatación de la aurícula, estenosis mitral o tricúspide, baja fracción de eyección o presencia de válvulas prostéticas. Estos hallazgos pueden ayudar en el diagnóstico diferencial, evaluación preoperatoria correcta y selección del abordaje quirúrgico más apropiado⁽¹⁾. En las embarazadas, la resonancia magnética está indicada para diferenciar la coartación, aortitis y disección aórtica del mixoma⁽²⁾.

En los pacientes con síntomas neurológicos se debe realizar tomografía o resonancia magnética cerebral para excluir embolismos o aneurismas, los cuales en ocasiones se asocian a la presencia de mixoma. Se ha sugerido que se debe realizar resonancia magnética cerebral en todos los casos de mixoma cardíaco para excluir las alteraciones neurológicas⁽⁸⁾.

El tratamiento de elección es resección quirúrgica precoz posterior al diagnóstico, debido al alto riesgo de complicaciones obstructivas o embólicas. Sin embargo, durante el embarazo es más

complicado, debido a los riesgos de la circulación extracorpórea. Existen pocos casos resueltos con cirugía durante el embarazo y solo está indicada en pacientes sintomáticas, con obstrucción valvular, tumor móvil y/o con alto potencial embólico⁽²⁾. La recidiva es rara si se efectúa resección de la base de implantación con criterio oncológico. En la mayoría de los casos se recomienda realizar cualquier procedimiento luego del parto, ya que puede estar asociado con 30% de pérdida fetal y alteraciones físicas y del desarrollo posnatal. La tasa de supervivencia materna es del 100%⁽¹⁾.

Los mixomas cardíacos son raros en las embarazadas. En la mayoría de los casos se los diagnostica en el segundo trimestre y es importante considerarlos dentro de los posibles diagnósticos, ya que se necesita un alto grado de sospecha clínica para decidir el manejo de esta patología durante el embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gribaa R, Slim M, Kortas C, Kacem S, Ben Salem H, Ouali S, Neffati E, Remadi F, Boughzela E. Right ventricular myxoma obstructing the right ventricular outflow tract: a case report. *J Med Case Rep*. 2014;8:435. doi: 10.1186/1752-1947-8-435.
- Yuan SM. Cardiac myxoma in pregnancy: a comprehensive review. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2015;30:386-94. doi: 10.5935/1678-9741.20150012.
- Koukis I, Velissaris T, Pandian A. Left atrial myxoma associated with mitral valve pathology in pregnancy. *Hellenic J Cardiol*. 2013;54:138-42.
- Lee SJ, Kim JH, Na CY, Oh SS. Eleven years' experience with Korean cardiac myxoma patients: focus on embolic complications. *Cerebrovasc Dis*. 2012;33:471-9. doi: 10.1159/000335830.
- Di Vito A, Mignogna C, Donato G. The mysterious pathways of cardiac myxomas: a review of histogenesis, pathogenesis and pathology. *Histopathology*. 2015;66:321-32. doi: 10.1111/his.12531.
- Hoffmeier A, Sindermann JR, Scheld HH, Martens S. Cardiac tumors--diagnosis and surgical treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2014;111:205-11. doi: 10.3238/arztebl.2014.0205.
- Oliveira R, Branco L, Galrinho A, Abreu A, Abreu J, Fiaresga A, Mamede A, Ramos R, Leal A, Pinto E, Fragata J, Ferreira R. Cardiac myxoma: a 13-year experience in echocardiographic diagnosis. *Rev Port Cardiol*. 2010;29:1087-100.
- Kim H, Park EA, Lee W, Chung JW, Park JH. Multiple cerebral and coronary aneurysms in a patient with left atrial myxoma. *Int J Cardiovasc Imaging*. 2012;28 Suppl 2:129-32. doi: 10.1007/s10554-012-0140-3.

