



Revista argentina de cardiología

ISSN: 0034-7000

ISSN: 1850-3748

Sociedad Argentina de Cardiología

Raimundo, Esperanza; Freue, Roberto; Piccinini, Fernando;  
Castro, Florencia; Vivas, Martín; Elissamburu, Pablo  
Espondiloartropatía inflamatoria como única manifestación del mixoma auricular izquierdo  
Revista argentina de cardiología, vol. 91, núm. 2, 2023, Marzo-Abril, pp. 160-162  
Sociedad Argentina de Cardiología

DOI: <https://doi.org/10.7775/rac.es.v91.i2.20652>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305377366012>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

LAEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

las cifras de presión arterial elevadas. Mecánicamente consideramos que la isquemia miocárdica antero-apical fue provocada por un efecto de robo a la circulación de la arteria descendente anterior a través de los ramos septales, ya que la fístula se originaba en el segmento distal de la ACD. Clasificamos el cuadro como IAM tipo 2 debido a la elevación de las enzimas cardíacas.

La FC de gran tamaño debe ocluirse independientemente de la sintomatología, y la de mediano tamaño debe cerrarse en pacientes que presenten síntomas. (5,6) El tratamiento depende de la anatomía de la fístula, presentación clínica y la experiencia del equipo, y se puede elegir técnica quirúrgica o percutánea, teniendo en consideración el riesgo asociado al procedimiento y su factibilidad. (2,5) A pesar de la sugerencia de la ligación quirúrgica sobre la embolización con *coils*, (2) fue beneficioso individualizar la terapéutica.

En conclusión, la FC es la malformación congénita de las arterias coronarias hemodinámicamente relevante más común. Recomendamos tratar toda FC de mediano tamaño. Esta entidad a lo largo de los años puede condicionar a un mayor crecimiento de la arteria lo que significa un mayor trastorno cardíaco concomitante y complejidad terapéutica.

Carlos I. Soledispa<sup>1</sup>, Marco Larrea<sup>1</sup>,  
Stephanie S. Alberca<sup>1</sup>, Ariel Zelaya<sup>1</sup>,  
Klinton Sanango<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Sur Hospital, Área de Hemodinamia  
(Guayaquil, Ecuador).  
E-mail: carisosu@gmail.com

#### Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

#### Consideraciones éticas

No aplican.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Urmeneta Ulloa J, Molina Borao I, Ochoa Rea ME, Sánchez-Insa E. Percutaneous closure of coronary artery fistula before lung transplantation. *Arch Bronconeumol* 2017;53:520-1. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.02.013>
2. Sulemankhil I, Mohamed AH, Gilani SA. Coronary-Pulmonary Artery Fistula Repair With Coil Embolization: A Single Center Experience. *Cureus*.2022;14:e28407. <https://doi.org/10.7759/cureus.28407>
3. Buccheri D, Dendramis G, Piraino D, Chirco PR, Carità P, Paleologo C, et al. Coronary artery fistulas as a cause of angina: How to manage these patients? *Cardiovascular Revascularization Medicine* [Internet]. 2015;16:306-9. <https://doi.org/10.1016/j.carrev.2015.04.011>
4. Gowda RM, Vasavada BC, Khan IA. Coronary artery fistulas: Clinical and therapeutic considerations. *Int J Cardiol* 2006;107:7-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2005.01.067>
5. Al-Hijji M, el Sabbagh A, el Hajj S, AlKhouli M, el Sabawi B, Cabalka A, et al. Coronary Artery Fistulas: Indications, Techniques, Outcomes, and Complications of Transcatheter Fistula Closure. *JACC Cardiovasc Interv* [Internet]. 2021;14:1393-406. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2021.02.044>
6. Buccheri D, Chirco PR, Geraci S, Caramanno G, Cortese B. Coronary Artery Fistulae: Anatomy, Diagnosis and Management

*Strategies. Heart Lung Circ* 2018;27:940-51. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2017.07.014>

REV ARGENT CARDIOL 2023;91:159-160.  
<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i2.20618>

#### Espondiloartropatía inflamatoria como única manifestación del mixoma auricular izquierdo

Los tumores cardíacos son infrecuentes. Su incidencia es de 0,002%. Pueden originarse en el miocardio o en el pericardio, son primarios y secundarios, estos últimos 20 veces más frecuentes. (1)

Las neoplasias primarias cardíacas son poco comunes: representan un 0,25%. El 75% son benignas e incluyen mixomas, rabdomiomas, fibromas y lipomas. (2)

El mixoma auricular es el tumor cardíaco benigno más frecuente. Un 75% se origina en la aurícula izquierda, un 20% en la aurícula derecha y el 5% restante en los ventrículos. (1) Clínicamente los mixomas pueden ser asintomáticos y hallarse incidentalmente, o bien ocasionar sintomatología variada que depende de su ubicación, tamaño y movilidad. La triada sintomática clásica incluye manifestaciones sistémicas (pérdida de peso, fatiga, fiebre), cardíacas (arritmias, insuficiencia mitral o tricúspideas por interferir en la coaptación valvular, pericarditis, disnea, síncope) y fenómenos embólicos (pulmonares o sistémicos). (2) Si bien estas son las manifestaciones más frecuentes se han descrito formas de presentación atípicas.

El ecocardiograma Doppler es el método de elección para el diagnóstico y a su vez para establecer las características y repercusión hemodinámica.

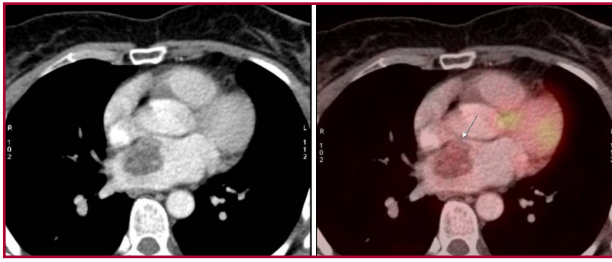
Se describe a continuación el caso clínico de un mixoma auricular izquierdo de presentación atípica.

Mujer de 61 años, dislipidémica y extabaquista. Sin antecedentes cardiovasculares. Consulta por artralgias sacroilíacas de meses de evolución, por lo que se realizan determinaciones de laboratorio, que revelan eritrosedimentación (84 mm/h) y proteína C reactiva (6,2 mg/L) elevadas, sin otra alteración.

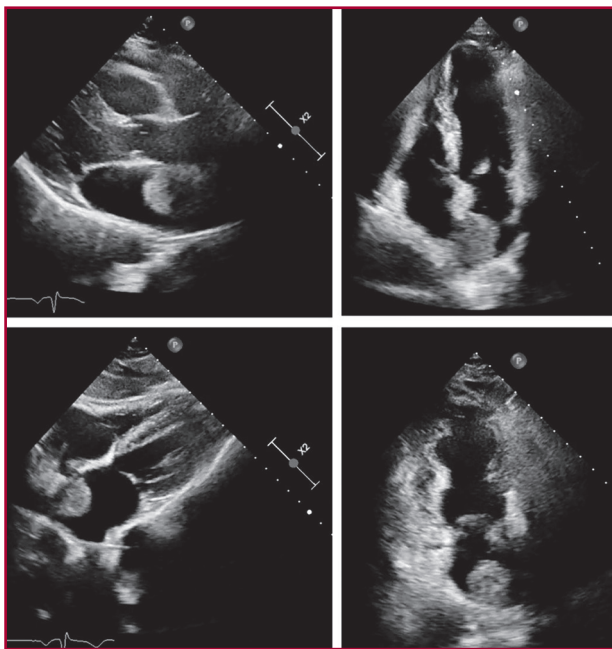
La paciente es evaluada por el servicio de Reumatología, que diagnostica espondiloartropatía inflamatoria con marcadores inflamatorios persistentemente elevados sin cumplir criterios de enfermedad reumatológica, por lo que se solicita tomografía por emisión de positrones (PET) que evidencia tumor único en aurícula izquierda (Figura 1).

Se prosigue con la realización de un ecocardiograma Doppler que evidencia imagen heterogénea redondeada en la aurícula izquierda, adherida al septum interauricular, sésil, con amplio movimiento anárquico, en contacto con la vena pulmonar superior derecha sin invadirla. Dicha imagen no interfiere con la apertura y cierre de la válvula mitral (Figura 2).

Por ello se decide realizar una tomografía que evidencia masa en la aurícula izquierda en contacto con el septum interauricular de 30 × 22 mm, de densidad heterogénea, con bordes regulares, con realce luego



**Fig. 1.** PET que evidencia imagen hipodensa en aurícula izquierda con moderada actividad metabólica.



**Fig. 2.** Múltiples vistas de ecocardiograma Doppler en las que se evidencia en aurícula izquierda imagen heterogénea redondeada adherida al septum interauricular.

de la administración de contraste endovenoso, sin evidencia de invasión de venas pulmonares. Se interpreta como posible mixoma auricular, por lo que se decide resección quirúrgica. Se realiza abordaje transeptal, se reseca tumoración de 5 cm sin complicaciones y se envía muestra a Anatomía Patológica.

Se recibe resultado, que informa proliferación de células fusiformes, sin atipia, en regueros y perivasculares en medio de estroma laxo con signos de hemorragia antigua y reciente, base con escaso tejido fibroso y miocitos, compatible con mixoma.

Tras la resección quirúrgica, en el seguimiento la paciente evoluciona con mejoría de los síntomas articulares hasta su desaparición y normalización de los marcadores inflamatorios.

El mixoma representa el tumor cardíaco benigno más frecuente; es más habitual en mujeres en edad adulta, (2) tal como el caso presentado.

La localización más común es la aurícula izquierda (75%). Es un tumor intracavitario, pediculado o sésil,

móvil, y suele estar adherido a través de una base de implantación al septum interauricular.

Las manifestaciones clínicas de los mixomas dependen de la localización, el tamaño y la movilidad. La tríada sintomática más frecuente incluye obstrucción intracardiaca, embolias y manifestaciones sistémicas.

Según una serie francesa de 112 casos, el 67% se presentó con insuficiencia cardíaca secundaria a obstrucción de la válvula mitral, el 29% se manifestó con embolias, las más frecuentes cerebrales, y un 34% con síntomas generales como fiebre, pérdida de peso o símil enfermedad del tejido conectivo. (3)

La obstrucción intracardiaca es frecuente en los mixomas pediculados ubicados en la aurícula izquierda que protruyen hacia el ventrículo izquierdo y que producen déficit de coaptación de la válvula mitral y la consiguiente insuficiencia valvular. Si bien menos frecuente, los localizados en la aurícula derecha pueden protruir hacia la válvula tricúspidea y generar regurgitación. En ambos casos pueden manifestarse con insuficiencia cardíaca o síncope. (3)

Las embolias son más frecuentes en los mixomas papilares, ya que pierden consistencia y se hacen más frágiles con el movimiento anárquico. El sitio de embolia depende de la localización del tumor. Los mixomas de la aurícula izquierda suelen embolizar al sistema nervioso, generando accidente cerebrovascular o amaurosis. La afección de las arterias coronarias, renales o de miembros inferiores es menos frecuente. (4)

Los síntomas constitucionales pueden aparecer como enfermedades del tejido conectivo, con mal estado general, pérdida de peso, anorexia y fiebre. Estas manifestaciones son más frecuentes en mujeres que en hombres y en mixomas ubicados en la aurícula derecha. (4)

Se cree que las manifestaciones extra cardíacas son causadas por fenómenos embólicos e inflamación causada por la liberación de citoquinas. (5) La polimialgia reumática, manifestación que motiva a la consulta de nuestra paciente, es infrecuente. Se caracteriza por dolor muscular en articulaciones proximales y aumento de los niveles de marcadores inflamatorios en sangre, es frecuente en adultos jóvenes y afecta con mayor frecuencia a mujeres (relación 3:1). (6)

El ecocardiograma Doppler es esencial para el diagnóstico de los mixomas, para definir localización, tamaño y complicaciones. Tanto la resonancia cardíaca como la tomografía multicorte cardíaca aportan información adicional para la toma de decisiones.

El tratamiento del mixoma es su extirpación por cirugía, lo que reduce el riesgo de embolia. Si bien el riesgo de recurrencias es bajo, se recomienda el seguimiento con ecocardiograma Doppler. (4)

En el caso presentando la paciente debuta con manifestaciones reumatológicas con marcadores inflamatorios persistentemente elevados, por lo que se le solicitaron múltiples estudios en los que se halló incidentalmente el mixoma auricular izquierdo.

Sin dudas el mixoma sigue siendo una entidad de difícil diagnóstico. El hecho de que la mayoría sean asintomáticos o se presenten con síntomas inespecíficos hace que sea una entidad poco sospechada y en su mayoría diagnosticada incidentalmente. Es fundamental tener en cuenta las posibles manifestaciones cardiovasculares y sistémicas para así sospecharlo, diagnosticarlo y tratarlo oportunamente.

**Esperanza Raimundo, Roberto Freue,  
Fernando Piccinini<sup>MTSAC</sup>, Florencia Castro,  
Martín Vivas, Pablo Elissamburu<sup>MTSAC</sup>**

#### Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

#### Consideraciones éticas

No aplican.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. El Sabbagh A, Al-Hijji MA, Thaden JJ, Pislaru SV, Pislaru C, Pelikka PA, et al. Cardiac myxoma: the great mimicker. *JACC Cardiovasc Imaging* 2017;10:203-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcmg.2016.06.018>
2. Tyebally S, Chen D, Bhattacharyya S, Mughrabi A, Hussain Z, Manisty C, et al. Cardiac Tumors: JACC CardioOncology State-of-the-Art Review. *JACC CardioOncol.* 2020;2:293-311. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.05.009>
3. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)*. 2001;80:159-72. <https://doi.org/10.1097/00005792-200105000-00002>
4. Islam AKMM. Cardiac myxomas: A narrative review. *World J Cardiol.* 2022;14:206-19. <https://doi.org/10.4330/wjc.v14.i4.206>
5. Macias E, Nieman E, Yomogida K, Petrucci O, Javidan C, Baszis K, et al. Rare presentation of an atrial myxoma in an adolescent patient: a case report and literature review. *BMC Pediatr.* 2018;18:373. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1313-6>
6. Mano Y, Yoshizawa A, Itabashi Y, Ohki T, Takahashi T, Mori M, et al. Left atrial myxoma detected after an initial diagnosis of polymyalgia rheumatica. *Intern Med.* 2014;53:441-4. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.53.1300>

REV ARGENT CARDIOL 2023;91:160-162.

<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i2.20652>

#### Tratamiento endovascular de estenosis de vena pulmonar posterior a ablación de fibrilación auricular

La ablación por radiofrecuencia con aislamiento de las venas pulmonares para el tratamiento de la fibrilación auricular (FA) es un procedimiento mínimamente invasivo y con una baja tasa de complicaciones. La estenosis de las venas pulmonares es una de ellas, con una incidencia que oscila entre el 0,3 y 3,4% pero una elevada morbilidad. (1-3) Los síntomas de la estenosis de venas pulmonares incluyen disnea, tos, hemoptisis y dolor precordial. (4) Reportamos un caso de hemoptisis secundaria a estenosis de venas pulmonares posterior a ablación por radiofrecuencia, tratada con angioplastia e implante de un *stent*.

Paciente de 42 años con antecedente de ablación de venas pulmonares por radiofrecuencia en otro centro, y cuadro de neumonía de la comunidad de difícil resolución a pesar del uso de diferentes esquemas antibióticos. El paciente acude 5 meses después de la ablación a la central de emergencias de nuestro centro por cuadro de hemoptisis intermitente y dolor en hemitórax izquierdo.

Al ingreso se encuentra hemodinámicamente estable, afebril y sin signos de insuficiencia cardíaca congestiva. En el laboratorio se evidencia hematocrito 37%, glóbulos blancos 5490/mm<sup>3</sup>, plaquetas 229 300/mm<sup>3</sup>, eritrosedimentación 25 mm/h, y proteína C reactiva ultrasensible 10,6 mg/L. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo se realiza angiotomografía de tórax que resulta negativa, evidenciándose áreas con aumento de la atenuación en vidrio esmerilado, con tendencia a la consolidación, distribuidas de manera difusa en el lóbulo superior del pulmón izquierdo.

El paciente se encuentra estable clínicamente, por lo cual es externado. Evaluado de forma ambulatoria, realiza tratamiento empírico con antibióticos por sospecha de neumonía atípica. Debido al antecedente reciente de ablación de FA y el patrón evidenciado en la tomografía de tórax, se decide realizar angiotomografía cardíaca con el objetivo de evaluar las venas pulmonares, que no pudieron ser visualizadas correctamente en la angiotomografía solicitada para TEP. En dicho estudio se evidencia una estenosis de la vena pulmonar superior izquierda (VPSI), que presenta un diámetro de 8,4 mm por 17 mm de largo, con marcado afinamiento en pico de flauta y reducción crítica de la luz, con un trayecto de unos 16 mm hasta la porción permeable intraparenquimatosa (Figura 1A). Las otras venas pulmonares están permeables sin signos de estenosis.

Ante un paciente con hemoptisis y cuadro neumónico de lenta resolución y presencia de estenosis de la VPSI, se decide angioplastia con colocación de *stent* en dicha vena. Durante el procedimiento se realiza en primer lugar un ecocardiograma transesofágico (ETE) que evidencia aumento de velocidades (velocidad pico 2,4 m/s, gradiente pico 23 mmHg) en dicha vena, lo cual confirma el diagnóstico (Figura 1B). Se decide avanzar con una angioplastia, para la cual a través de un acceso venoso femoral derecho se realiza punción transeptal guiada por ETE y posteriormente venografía selectiva que confirma nuevamente la estenosis de la VPSI (Figura 2A). Posteriormente se avanzan balones de angioplastia coronaria de tamaños crecientes, con los cuales se realiza predilatación de la estenosis, seguido de implante de un *stent* convencional de alta fuerza radial (Herculink 7,0 × 18 mm) con un adecuado resultado angiográfico (Figura 2B), y disminución de presiones y velocidades en el ETE (velocidad pico 1,3 m/s, gradiente máximo 7 mmHg).

El paciente es dado de alta a las 24 horas, con anticoagulación con rivaroxabán 15 mg/d y antiagregación con clopidogrel 75 mg/d. En el seguimiento a 3 meses se encuentra asintomático para disnea y tos, con desaparición del dolor en hemitórax izquierdo.