



Revista Uruguaya de Cardiología

ISSN: 0797-0048

ISSN: 1688-0420

bibliosuc@adinet.com.uy

Sociedad Uruguaya de Cardiología

Uruguay

Américo, Carlos; Tonelli, Bruno; Blanco, Matías; De Mattos, Diego; Parma, Gabriel; Florio, Lucía

Mixoma de válvula mitral. El ecocardiograma como
herramienta de caracterización tisular. Reporte de caso

Revista Uruguaya de Cardiología, vol. 33, núm. 3, 2018, Septiembre-Diciembre, pp. 336-338

Sociedad Uruguaya de Cardiología
Uruguay

DOI: <https://doi.org/10.29277/cardio.33.3.16>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479760122016>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en 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

Mixoma de válvula mitral. El ecocardiograma como herramienta de caracterización tisular. Reporte de caso

Resumen

Compartimos el caso de un paciente de 32 años que se presentó con síndrome coronario agudo con elevación del ST en cara inferior y cineangiocoronariografía sin lesiones coronarias, a quien se le diagnosticó mediante ecocardiografía la presencia de un tumor en la válvula mitral. Mediante técnicas de caracterización tisular se arribó al diagnóstico presuntivo de mixoma que fue confirmado por la anatomía patológica.

Palabras clave: MIXOMA
VÁLVULA MITRAL
SÍNDROME CORONARIO AGUDO
NEOPLASIAS CARDÍACAS

Mitral valve myxoma. The echocardiogram as a tissue characterization tool. A case report

Summary

We share the case of a 32-year-old patient who presented with inferior infarction and no coronary lesions at coronary angiography, in whom the presence of a tumor in the mitral valve was diagnosed by echocardiography. Through tissular characterization techniques, we arrived at a presumptive myxoma diagnosis, which was confirmed by pathological anatomy.

Key words: MYXOMA
MITRAL VALVE
ACUTE CORONARY SYNDROME
HEART NEOPLASMS

Recibido Jun 10, 2018; aceptado Oct 4, 2018.

Sra. Editora

Caso clínico

Paciente de 32 años, tabaquista y alcoholista social que consulta por dolor precordial, retroesternal, urente, de moderada intensidad que cede espontáneamente en 30 minutos. El electrocardiograma evidenció supradesnivel del segmento ST en cara inferior. Se realizó curva de marcadores cardíacos que confirmó el diagnóstico de infarto de miocardio (TnUS 114-219 ng/ml).

La cineangiogramiografía se realizó de urgencia y no evidenció estenosis coronarias significativas.

Como valoración complementaria se realiza ecocardiograma transtorácico, el cual muestra contractilidad global y segmentaria sin alteraciones. No se evidencia derrame pericárdico. A nivel de la superficie auricular de la valva anterior mitral se observa masa redondeada, pediculada y móvil. Se completa valoración con ecocardiograma transesofágico que muestra masa pediculada adherida a la superficie auricular del festón A2, de 7 por 5 mm, sin consecuencias funcionales sobre la válvula. Mediante aplicación de máscara de color se realiza caracterización tisular, observándose ecogenicidad inhomogénea y probables microcalcificaciones centrales.

Dadas las características ecocardiográficas descritas se plantea que dicha masa puede corresponder a un mixoma de válvula mitral a diferenciar de un fibroelastoma papilar, en el contexto clínico no infeccioso del paciente.

Se realiza cirugía cardíaca. Se extirpa masa redondeada y pediculada de 7 mm de longitud adherida a la valva anterior mitral (figura 1).

Se envía pieza extraída para estudio anatómopatológico, el cual informa: tejido fibromixioide laxo con marcada alcianofilia, en relación a fibrina. Se observa disposición pseudonodular y algunas células fusiformes de núcleo pequeño sin atipias, los que constituyen hallazgos compatibles con el diagnóstico de mixoma.

El paciente presenta una evolución favorable, otorgándose alta a las 96 horas, con anticoagulación oral.

Discusión

Los tumores cardíacos se dividen en primarios y secundarios, siendo estos últimos de 20 a 40 veces más frecuentes⁽¹⁾. La incidencia de tumores cardíacos primarios en diferentes revisiones varía de 0,0017% a 0,05%^(2,3).

Dentro de los tumores primarios el 75% son benignos, y dentro de estos, el 50% son mixomas, siendo su localización más habitual la cavidad auricular, adheridos al septum interauricular^(4,5). Aproximadamente el 75% de los mixomas se localizan en la aurícula izquierda, 18% en la aurícula derecha y 4% a nivel ventricular⁽⁶⁾. La localización valvular es muy rara, siendo el fibroelastoma papilar el más frecuentemente hallado. La incidencia real de mixomas adheridos a la válvula mitral no es clara, se ha reportado en torno a 1,5%⁽⁷⁾. Se han publicado pocos casos de este tumor en localización mitral. Su forma de presentación clínica puede ser muy variable, siendo los más frecuentes los síntomas generales (74%), la disnea (45%) y los fenómenos embólicos (41%)⁽⁸⁾. Los cuadros embólicos podrán ser tanto sistémicos como pulmonares dependiendo de la cavidad en que se encuentre la masa⁽⁹⁾. En nuestro

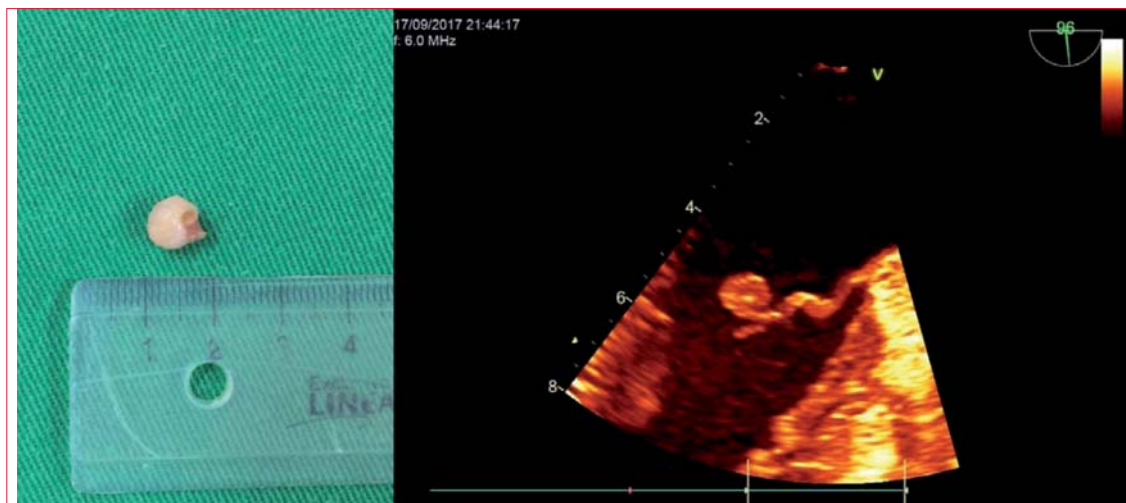


Figura 1. A izquierda: pieza quirúrgica extirpada de 7 mm de longitud, con pequeño pedículo. A derecha: ecocardiograma transesofágico, se observa masa redondeada adherida a la superficie auricular de la valva anterior mitral. Nótese la presencia de microcalcificación central y ecogenicidad inhomogénea.

Tabla 1. Características ecocardiográficas diferenciales entre mixoma y fibroelastoma papilar.

<i>Mixoma</i>	<i>Fibroelastoma</i>
Tallo delgado	Tallo delgado o sésil
Mayor tamaño	Pequeño (menor a 1 cm)
Adherido a septum interauricular	Valvular
Superficie mal delineada, irregular	Cabeza bien definida
Ecogenicidad heterogénea	Borde brillante, ecogenicidad homogénea
Móvil	Móvil
Parcialmente opacificado por contraste (parcialmente vascularizado)	No opacificado por contraste

paciente, la manifestación inicial fue probablemente un fenómeno embólico hacia la arteria coronaria derecha, que produjo un infarto de miocardio inferior.

En cuanto a las técnicas diagnósticas, el ecocardiograma transtorácico es el método ideal por su disponibilidad, inocuidad y precisión diagnóstica. Nos permite confirmar etiología, topografiar y caracterizar el tejido. La utilización de máscara de color nos permite contrastar tejidos de diferente ecogenicidad, por ejemplo, diferenciar el calcio del tejido fibroso o del miocardio y hasta reconocer sectores necróticos. En este caso fue muy útil, ya que la heterogeneidad del color nos permitió plantear el

mixoma como diagnóstico probable a pesar de su baja incidencia en esta localización.

El ecocardiograma constituyó una herramienta indispensable para el diagnóstico etiológico del infarto embólico que presentó el paciente. El ecocardiograma transesofágico aporta habitualmente información adicional, permitiendo diagnosticar masas de menor tamaño.

Existen ciertas características imagenológicas que pueden ayudarnos a diferenciar un fibroelastoma de un mixoma⁽¹⁰⁾ en localización valvular (tabla 1). La ubicación, la ecogenicidad y la presencia de microcalcificaciones son características útiles para la diferenciación y en este caso fueron esenciales para el diagnóstico etiológico.

Dres. Carlos Américo, Bruno Tonelli, Matías Blanco, Diego De Mattos, Gabriel Parma, Lucía Florio
Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.
Correspondencia: Dr. Carlos Américo. Correo electrónico: c.a.americo@gmail.com

Bibliografía

1. **Abad C.** Tumores cardíacos (I): generalidades. Tumores primitivos benignos. Rev Esp Cardiol 1998; 51(1):10-20.
2. **Straus R, Merliss R.** Primary tumor of the heart. Arch Pathol 1945; 39:74-8.
3. **Silverman NA.** Primary cardiac tumors. Ann Surg 1980; 191(2):127-38.
4. **Heath D.** Pathology of cardiac tumors. Am J Cardiol 1968; 21(3):315-27.
5. **Griffiths GC.** A review of primary tumors of the heart. Prog Cardiovasc Dis 1965; 7:465-79.
6. **Kuon E, Kreplin M, Weiss W, Dahm JB.** The challenge presented by right atrial myxoma. Herz 2004; 29(7):702-9.
7. **Reynen K.** Cardiac myxomas. N Engl J Med 1995; 333(24):1610-7.
8. **Gabe E, Rodríguez Correa C, Vigliano C, San Martino J, Wisner J, González P, et al.** Mixomas cardíacos: correlación anatomoclínica. Rev Esp Cardiol 2002; 55(5):505-13.
9. **Marelli R, Drago A, Basso G, Bravo F, Torrijos R, Gerones C, et al.** Tumores cardíacos primarios: aspectos clínicos y tratamiento. Rev Fed Arg Cardiol 2002; 31(3):287-94.
10. **Wold LE, Lie JT.** Cardiac myxomas: a clinicopathologic profile. Am J Pathol 1980; 101(1):219-40.
11. **Mankad R, Herrmann J.** Cardiac tumors: echo assessment. Echo Res Pract 2016; 3(4):R65-R77.