

Fiebre de origen desconocido e ictericia como presentación clínica de mixoma de aurícula derecha

Sr. Editor:

Los mixomas cardiacos son las más frecuentes neoplasias primarias del corazón, aunque sólo en un 20% de los casos se sitúan en la aurícula derecha¹.

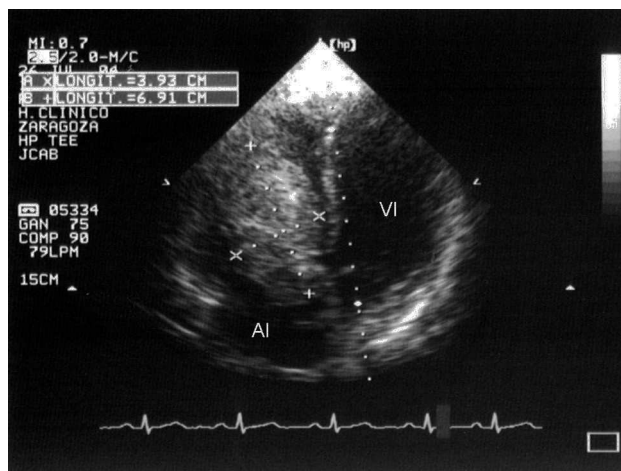


Fig. 1. Masa de 69 x 39 mm que prolapsa al ventrículo derecho.

Presentamos el caso de un varón de 35 años, con antecedentes personales de tabaquismo y esófago de Barrett, que presentaba desde hacía 2 semanas fiebre sin foco de hasta 38 °C, junto con palpitations y taquicardia. La fiebre era de predominio vespertino y rebelde al tratamiento con antitérmicos y antibióticos. Refería un cuadro autolimitado de fiebre similar meses antes y astenia desde hacía medio año. En la anamnesis por aparatos refería orinas coléricas. A la exploración física destacaban una coloración «pajiza» de piel con subictericia conjuntival e ingurgitación yugular, y a la auscultación cardiaca, un soplo protosistólico y soplo diastólico audibles en mesocardio, más intensos en foco tricúspideo. Además, hepatomegalia dolorosa dos dedos por debajo de la arcada costal.

El ECG no presentaba alteraciones significativas y la radiología mostraba crecimiento auricular derecho. El laboratorio mostraba anemia (11 g/dl; VCM, 79 fl), colestasis (bilirrubina: total, 2,83 mg/dl; directa, 2,28 mg/dl; AST, 43 U/l; ALT, 72 U/l; GGT, 414 U/l; fosfatasa alcalina, 377 U/l), así como elevación de reactantes de fase aguda (alfa-2-globulinas, 19%; velocidad de sedimentación globular (VSG), 94 mm; proteína C reactiva, 7 mg/dl; fibrinógeno, 1.023 mg/dl).

La ecografía abdominal mostró ausencia de afección obstructiva de la vía biliar, así como una hepatomegalia homogénea inespecífica.

Los ecocardiogramas transtorácico y transesofágico evidenciaron una masa polilobulada y homogénea (70 x 45 mm) sobre válvula septal tricúspide, con movimiento entre la aurícula y el ventrículo derechos interfiriendo en su llenado (fig. 1). La aurícula derecha se encontraba dilatada (54 mm), y se apreciaba ecocontraste espontáneo en su interior, así como vena cava inferior sin colapso inspiratorio fisiológico. El ventrículo izquierdo presentaba un movimiento anómalo por sobrecarga de presión de cavidades derechas y por la impronta de la masa sobre el tabique interventricular. El foramen oval era permeable.

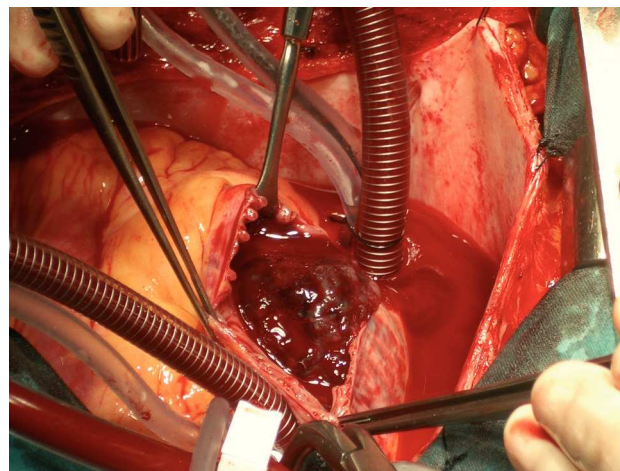


Fig. 2. Imagen intraoperatoria en la que se aprecia la masa en la aurícula derecha.

Se intervino quirúrgicamente al paciente practicándose exéresis de una masa intraauricular poliposa y mucóide de color rojizo, que tenía un pedículo de inserción en el septo interauricular, próximo a la válvula septal de la tricúspide, a 1 mm del anillo valvular (fig. 2). El estudio anatomopatológico describió la lesión como mixoma.

El paciente evolucionó favorablemente y se le dio el alta en el sexto día tras la cirugía. La clínica remitió en semanas posteriores, y a los 2 años seguía asintomático y sin signos ecocardiográficos de recidiva tumoral.

Nuestro paciente presentaba manifestaciones clínicas características, aunque inespecíficas, de esta neoplasia (astenia, soplo cardiaco y fiebre de origen desconocido), que aparecen descritos en la literatura hasta en el 90% de los casos². Lo insólito de nuestro caso es la presentación clínica con ictericia y elevación de las enzimas de colestasis, como consecuencia de la dificultad de retorno venoso al corazón y un hígado de estasis, cuya magnitud guarda relación con la gravedad hemodinámica de la insuficiencia cardiaca^{3,4}. También aparecía elevación de la VSG y de la proteína C reactiva, coincidiendo con otras publicaciones⁵. Se ha demostrado la normalización de estos reactantes tras la extirpación del mixoma⁶.

En cuanto al diagnóstico, la ecocardiografía es esencial, y especialmente en el caso de masas auriculares el uso del ecocardiograma transesofágico^{3,5}. La resonancia magnética y la tomografía computarizada ayudan al diagnóstico diferencial de masas intracardiacas y ofrecen una buena caracterización tisular para definir la extensión del tumor y su relación con estructuras adyacentes³.

José A. Linares^a, Carla Toyas^a, Isaac Lacambra^a
y Carlos Ballester^b

^aServicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

^bServicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heni HE. Primary atrial heart tumors: a review of 21 cases. *Z Kardiolog.* 1988;77:425-31.
2. Jardine D. Right atrial myxoma mistaken for recurrent pulmonary thromboembolism. *Heart.* 1997;78:512-4.
3. Jiménez-Navarro MF. Mixoma de gran tamaño en la aurícula derecha. *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:399-401.
4. André M. Left atrial myxoma presenting a marked cholestasis. *Rev Méd Interne.* 1998;19:672-3.
5. Acebo E. Clinicopathologic study and DNA analysis of 37 cardiac mixomas: a 28-year experience. *Chest.* 2003;123:1379-85.
6. Esteban E. Mixoma auricular derecho en paciente con anticuerpos antifosfolipídicos positivos. *Rev Esp Cardiol.* 2002;55:999-1002.