



7006-9. MIXOMA CARDIACO: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y CONCORDANCIA ANATOMOPATOLÓGICA

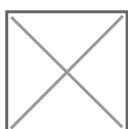
Ainhoa Pérez Guerrero, Elena Gambó Ruberte, Carlos Rubén López Perales, Alejandra Ruiz Aranjuelo, Isabel Caballero Jambrina, Ángela Juez Jiménez, Pablo Auquilla Clavijo e Isabel Calvo Cebollero del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: El mixoma cardiaco es el tumor cardiaco primario más frecuente. La ecocardiografía es la técnica diagnóstica de elección. El objetivo fue analizar los métodos diagnósticos, evaluando la concordancia con los hallazgos anatomopatológicos.

Métodos: Analizamos retrospectivamente los pacientes diagnosticados de mixoma desde enero de 2005 a diciembre de 2016 en nuestro hospital (n = 39).

Resultados: 39 pacientes con edad media de $69 \pm 11,9$, el 75,68% (29) mujeres. La prueba diagnóstica principal fue la ecocardiografía transtorácica (ETT) realizada en todos casos, siendo la única prueba en un 29,73% (11). Se realizó ecografía transesofágica (ETE) en el 53,8% (21) de los pacientes. La localización más frecuente fue la aurícula izquierda (AI) (83,78% (32)) con implante en septo interauricular (SIA) en un 65,6% (21); seguida de la aurícula derecha (12,82% (5)), biauricular (1) y ventrículo izquierdo (1). En un 32,4% (12) se realizó resonancia cardiaca (C-RMN) por dudas diagnósticas o por localización diferente a AI. Solo en el 12,82% (5) se realizó TC cardiaco. Se optó por tratamiento quirúrgico en el 72,97% (28) de los pacientes. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico en todos los pacientes excepto en 2 (fibroelastoma papilar y trombo). En los casos en los que se realizó ETT, ETE y C-RMN analizamos la concordancia entre ellas y respecto al punto de implante en la pieza quirúrgica, con una concordancia del 100%, no solo diferenciando si la tumoración se anclaba en SIA, sino también su localización precisa (cercanía fosa oval, zona media o región posteroinferior). También se analizó la concordancia entre las medidas obtenidas y el hallazgo macroscópico, objetivando que todas las técnicas de imagen tienden a infraestimar respecto la medida de la pieza quirúrgica, siendo la C-RMN la que más se aproxima; pero sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes pruebas y la varianza de las medidas obtenidas (tabla). Con una mediana de seguimiento de 75 meses (3-138), se realizó ecocardiografía de control en el 65,1% (25) de los pacientes, sin observar en ningún caso recidiva tumoral. En ningún paciente se realizó C-RMN de control.



Box plot del diámetro mayor obtenido por las técnicas de imagen y anatomía patológica.

Comparación de varianzas de las medidas obtenidas por cada técnica de imagen y hallazgo anatomopatológico

	ETT	ETE	C- RMN	Anatomía patológica	Significación estadística
Diámetro máximo (mm) (media $\pm$ DE)	35 $\pm$ 8,2	39,2 $\pm$ 11,3	46,2 $\pm$ 12,4	44 $\pm$ 4,18	p = 0,424 (F de Snedecor)
Diámetro mínimo (mm) (media $\pm$ DE)	27 $\pm$ 5,3	25,2 $\pm$ 5,1	29,6 $\pm$ 5,2	30 $\pm$ 7,9	p = 0,558 (F de Snedecor)

Conclusiones: La ecocardiografía permitió el diagnóstico en todos nuestros pacientes, reservando la C-RMN en caso de duda diagnóstica o localización atípica; con buena concordancia de ambas pruebas con los hallazgos anatomopatológicos obtenidos.