

antes de la resincronización presentan mayor tasa de respuesta a la terapia, aunque no se ha conseguido establecer un adecuado punto de corte; sin embargo, se ha señalado que el grado de estrechamiento del QRS en el implante^{5,6} probablemente sea un dato más importante para el pronóstico que la propia duración del complejo basal. Nuestros hallazgos respaldan esos resultados y ponen de manifiesto la importancia de la adecuada localización del electrodo de ventrículo izquierdo en el implante, así como una correcta programación que obtenga un QRS estimulado lo más estrecho posible.

Habría que señalar las limitaciones inherentes al tamaño muestral y la naturaleza descriptiva del estudio. Sin embargo, los datos novedosos que presentamos pueden tener utilidad para la práctica clínica habitual, aunque se precisaría de test clínicos con más amplio número de pacientes. Por otro lado, el hecho de que se trate de una serie de pacientes con miocardiopatía dilatada idiopática no permite extrapolar los resultados a otras etiologías.

En pacientes con miocardiopatía dilatada idiopática, la disminución del volumen telesistólico ventricular izquierdo tras TRC se relaciona con remodelado eléctrico. Este fenómeno parece estar determinado por la menor anchura del QRS estimulado en el implante.

Julia Fernández-Pastor*, Fernando Cabrera-Bueno, Antonio L. Linde-Estrella, Jose L. Peña-Hernández, Alberto Barrera-Cordero y Javier Alzueta-Rodríguez

Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: juferpas@secardiologia.es (J. Fernández-Pastor).

On-line el 23 de noviembre de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Callejo D, Guerra M, Hernández-Madrid A, Blasco JA. Evaluación económica de la terapia de resincronización cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63:1235-43.
2. Henrikson CA, Spragg DD, Cheng A, Capps M, Devaughn K, Marine JE, et al. Evidence for electrical remodeling of the native conduction system with cardiac resynchronization therapy. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2007;30:591-5.
3. Stockburger M, Nitardy A, Fateh-Moghadam S, Krebs A, Celebi O, Karhausen T, et al. Electrical remodeling and cardiac dimensions in patients treated by cardiac resynchronization and heart failure controls. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2008;31:70-7.
4. Regueiro A, Delgado V, Sitges M. Asincronía mecánica en la insuficiencia mitral funcional. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63:869-78.
5. Lecoq G, Leclercq C, Leray E, Crocq C, Alonso C, De Place C, et al. Clinical and electrocardiographic predictors of a positive response to cardiac resynchronization therapy in advanced heart failure. *Eur Heart J.* 2005;26:1094-100.
6. Molhoek SG, Van Erven L, Bootsma M, Steendijk P, Van Der Wall EE, Schalij MJ. QRS duration and shortening to predict clinical response to cardiac resynchronization therapy in patients with end-stage heart failure. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2004;27:308-13.

doi: 10.1016/j.recesp.2011.08.016

Presentación fatal de un mixoma cardiaco

Fatal Presentation of a Cardiac Myxoma

Sra. Editora:

Una mujer de 37 años de edad, sin antecedentes de interés, ingresó en el servicio de urgencias por cuadro de mareo, dolor abdominal agudo y debilidad, así como dolor y disestesias en las extremidades inferiores. La exploración física reveló taquicardia sinusal, sudoración, alteración del estado mental e hipotensión. Un estudio por tomografía computarizada (TC) craneal y un análisis de tóxicos en orina no mostraron alteraciones. La exploración de las extremidades inferiores evidenció ausencia de pulso femoral derecho, debilidad del izquierdo y signos de hipoperfusión cutáneos bilaterales. Se realizó a continuación una TC toracoabdominal, que reveló una oclusión severa de la aorta infrarrenal (fig. 1A), una oclusión aguda de las dos arterias ilíacas comunes, trombosis de la arteria renal izquierda con imagen de infarto del riñón homolateral (fig. 1B) e infartos segmentarios en el bazo y el riñón derecho (fig. 1C). Se inició tratamiento con heparina sódica intravenosa, se intubó y se conectó a la paciente a ventilación mecánica y se inició terapia con fármacos vasoactivos para tratar la situación de *shock*. El ecocardiograma transtorácico demostró un ventrículo izquierdo dilatado con fracción de eyección del 15%, insuficiencia mitral severa debido a la restricción del velo posterior y una masa en la aurícula izquierda (de 1,9 × 2,2 cm). El estudio ecocardiográfico transesofágico (figs. 1D y E) confirmó la presencia de una masa hipermóvil con múltiples proyecciones digitiformes, adherida al tabique interauricular, altamente compatible con mixoma cardiaco. Se sometió a la paciente a embolectomía percutánea proximal y distal a través de un acceso femoral bilateral, así como una fasciotomía multicompartimental de ambas extremidades (figs. 2A). Los fragmentos de material endovascular extraídos (fig. 2B) fueron enviados para su análisis

histológico, que confirmó que se trataba de una embolización de un mixoma cardiaco (fig. 2C y D). Se produjo un cuadro de hiperpotasemia (7,1 mEq/l) y un aumento de la concentración de creatinina (121.500 UI/l), secundaria a la lesión de reperfusión que requirió hemofiltración venovenosa. Finalmente, la paciente falleció a las pocas horas como consecuencia de un fracaso multiorgánico.

Los tumores primarios del corazón son raros, con una incidencia estimada entre el 0,0017 y el 1,9% de los pacientes no seleccionados en estudios necrópsicos. De los tumores malignos, el sarcoma es el más frecuente, seguido del angiosarcoma¹. El mixoma auricular es el más común de los tumores benignos del corazón (aproximadamente el 50% de los tumores cardiacos primarios). Estos tumores se presentan con una frecuencia ligeramente mayor en las mujeres, y la presentación es por lo general en pacientes de 30 a 60 años de edad. A pesar de que son histológicamente benignos, pueden resultar ocasionalmente fatales, debido a su posición estratégica intracardiaca. Tres cuartas partes de los mixomas se encuentran en la aurícula izquierda². Con frecuencia están infradiagnosticados debido a la falta de síntomas específicos. Las manifestaciones clínicas pueden incluir los cuadros de insuficiencia cardiaca congestiva, hemoptisis, tos, cianosis transitoria, síncope, disnea, síntomas neurológicos o dolor en las extremidades isquémicas, resultado de una obstrucción cardiaca (como resultado de la fragmentación del tumor o, con menos frecuencia, la rotura completa del tumor), o arritmias. Los mixomas auriculares son una causa infrecuente de isquemia aguda arterial periférica³. La disfunción ventricular que ocurre en ocasiones puede tener su causa en un infarto de miocardio debido a la embolización de fragmentos del tumor a las arterias coronarias o un aumento agudo de la resistencias periféricas por oclusión aguda completa de la aorta infrarrenal (en el caso presentado, ambos mecanismos fueron posibles). En conclusión, para los pacientes jóvenes y sanos, el mixoma cardiaco debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la embolia arterial periférica.

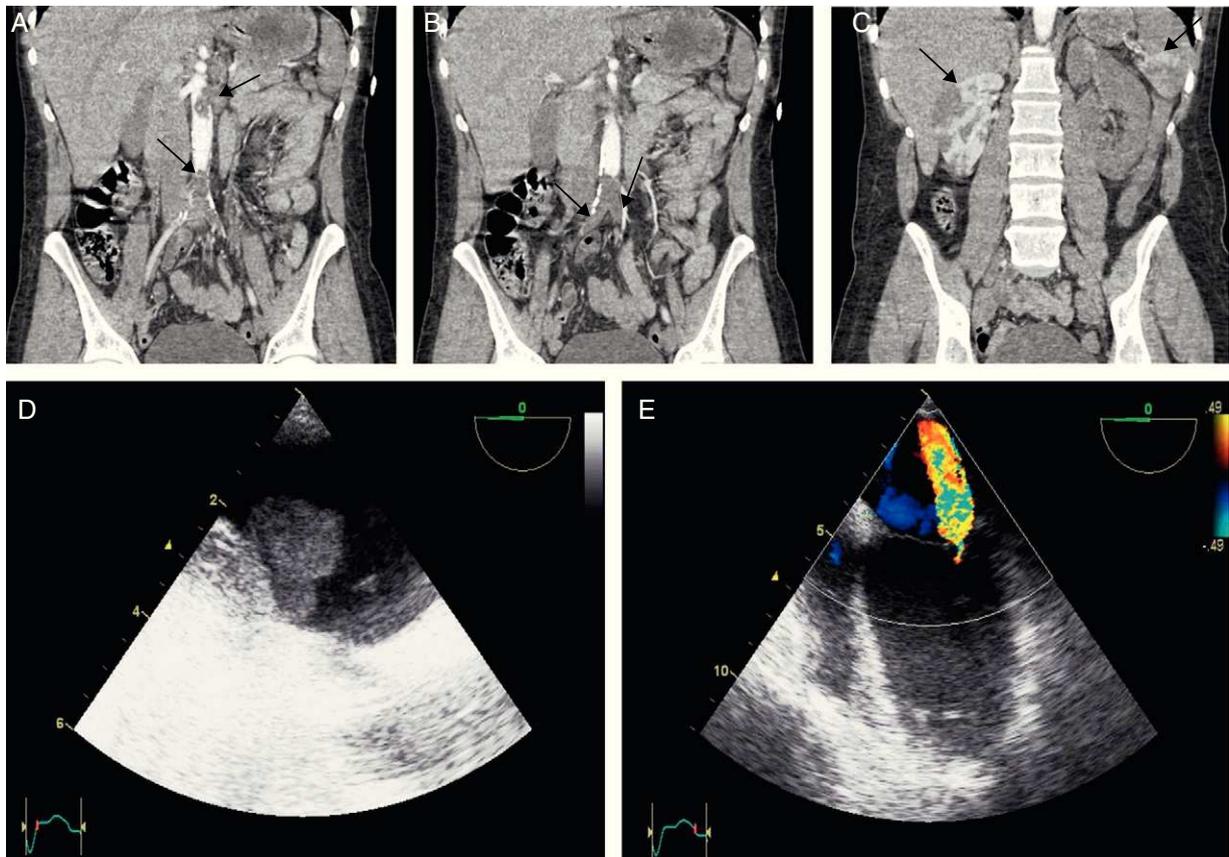


Figura 1. A: tomografía computarizada toracoabdominal; oclusión de la aorta infrarrenal y trombosis de la arteria renal izquierda. B: tomografía computarizada toracoabdominal; oclusión bilateral de las arterias ilíacas comunes. C: tomografía computarizada toracoabdominal; infartos segmentarios de bazo y riñón derecho. D: ecografía transesofágica; masa cardíaca digitiforme en la aurícula izquierda. E: ecografía transesofágica; insuficiencia mitral causada por restricción del velo posterior de la válvula mitral.

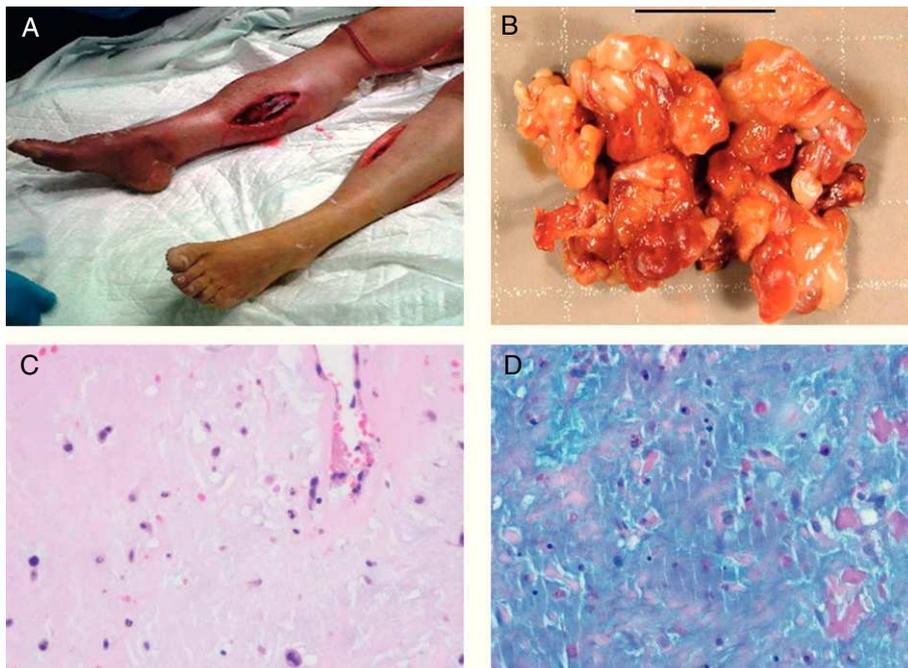


Figura 2. A: fasciotomía de ambas piernas con evidentes signos de hipoperfusión. B: fragmentos de material endovascular extraído (barra de escala, 20 mm). C y D: microfotografías (hematoxilina y eosina, $\times 100$; PAS-Azul alcian, $\times 400$) que demuestran una histología de los fragmentos extraídos característica de mixoma.

Laura Domínguez-Pérez^a, Elisa Fernández-Elías^b,
Miguel A. Arias^{a,*}, Finn Akerström^a, José L. Orradre^c
y Diego Palacios-Castañeda^b

^aServicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

^bServicio de Medicina Intensiva, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: maapalomares@secardiologia.es (M.A. Arias).

On-line el 29 de noviembre de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Di Bella G, Gaeta M, Patanè L, Lentini S. Caracterización tisular de un angiosarcoma cardíaco primario mediante resonancia magnética. Rev Esp Cardiol. 2010;63:1382-3.
2. Reynen K. Cardiac myxomas. N Engl J Med. 1995;333:1610-7.
3. Markel ML, Waller BF, Armstrong WF. Cardiac myxoma. A review. Medicine (Baltimore). 1987;66:114-25.

doi: 10.1016/j.recesp.2011.09.007