

Mixoma auricular izquierdo infectado

Antonio García-Quintana^a, Pedro Martín-Lorenzo^a, Javier Suárez de Lezo^a, Marta Díaz-Escofet^a, Rafael Llorens^b y Alfonso Medina^a

^aServicio de Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

^bServicio de Cirugía Cardíaca. Hospiten Rambla. Santa Cruz de Tenerife. España.

El mixoma es el tumor primario más frecuente que afecta al corazón. La infección de estos tumores es infrecuente y, en ocasiones, su presentación clínica es indistinguible de un mixoma no infectado. Describimos el caso de una mujer de 58 años con una infección faríngea previa que desarrolló infección sobre un mixoma auricular izquierdo, complicado con embolia sistémica en los miembros inferiores. Se aisló *Streptococcus oralis* en los hemocultivos y en el material embólico. El tumor se reseccó y la evolución clínica posterior resultó sin incidencias. La frecuencia del mixoma infectado es muy baja y una revisión de la bibliografía se ha de basar en los casos aislados publicados.

Palabras clave: *Mixoma. Endocarditis. Tumor. Ecocardiografía.*

Infected Left Atrial Myxoma

Myxoma is the most common primary tumor of the heart. It is uncommon for these tumors to become infected and, at times, clinical presentation is no different from that of an uninfected myxoma. We describe the case of a 58-year-old woman with a previous pharyngeal infection that developed into infection of a left atrial myxoma and which was complicated by systemic embolism affecting the lower limbs. *Streptococcus oralis* was identified in blood cultures and embolic material. The tumor was resected and the patient's subsequent clinical evolution was uneventful. The incidence of infected myxoma is very low. A review of the literature based on individual case reports is presented.

Key words: *Myxoma. Endocarditis. Tumor. Echocardiography.*

Full English text available at: www.revespcardiol.org

INTRODUCCIÓN

Los tumores primarios del corazón son raros, con una incidencia del 0,0017-0,19% en series de necropsias¹. Tres cuartas partes de los tumores son benignos. La mitad de los tumores benignos son mixomas, y la mayoría del resto son lipomas, fibroelastomas papilares y rabdomiomas. Son más frecuentes en mujeres y pueden afectar a ambas aurículas², ventrículos³ o válvula mitral, aunque son más frecuentes en la aurícula izquierda. La presentación clínica se caracteriza por obstrucción de la válvula mitral⁴, embolias y síntomas constitucionales, además de fiebre, anemia o veloci-

dad de sedimentación globular elevada; sin embargo, la infección de estos tumores es infrecuente. El diagnóstico diferencial es difícil, especialmente con el mixoma no infectado y con la endocarditis mural, por lo que se han propuesto criterios diagnósticos⁵.

CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años de edad, con antecedentes de carcinoma de mama bilateral tratado con cirugía, radioterapia y quimioterapia adyuvantes, en remisión completa. Ingresó por cuadro confusional, fiebre y dolor abdominal de 3 días de evolución. Refería síndrome constitucional y fiebre desde 6 meses antes, tras un episodio de faringitis aguda. En la exploración física presentaba caquexia, temperatura de 40 °C y taquicardia sin soplos. En la analítica tenía leucocitosis (22.300 leucocitos/ml), anemia normocítica y velocidad de sedimentación globular (VSg) de 107 mm/h.

El ecocardiograma mostró una masa vegetante en la aurícula izquierda de 5,4 x 1,5 cm, pediculada, de

Correspondencia: Dr. A. García-Quintana.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
Bco. La Ballena, s/n. 35020 Las Palmas de Gran Canaria. España.
Correo electrónico: antonio.garcia@secardiologia.es

Recibido el 18 de noviembre de 2004.

Aceptado para su publicación el 14 de marzo de 2005.

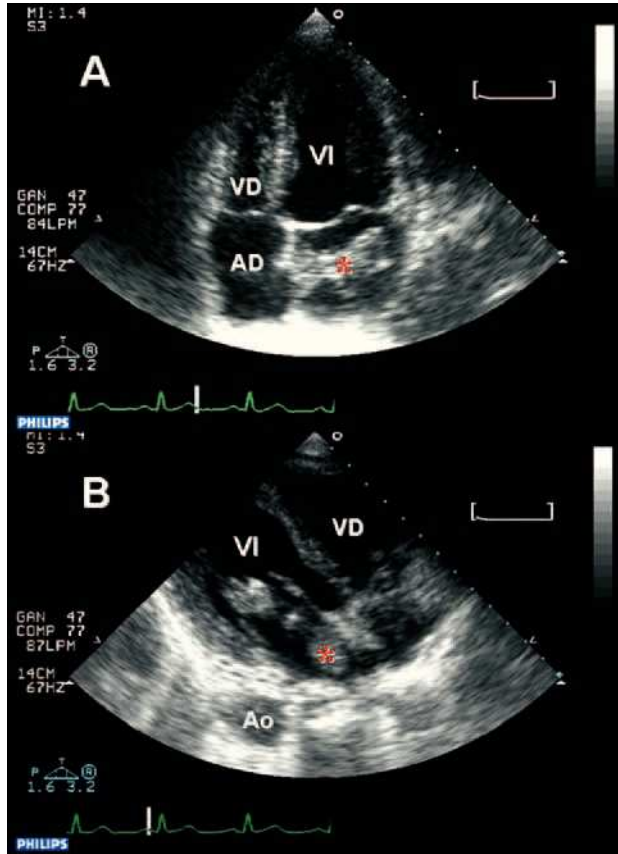


Fig. 1. Ecocardiograma: masa pediculada de densidad heterogénea unida al septo interauricular (A). Unión de la masa al septo interauricular y prolapso a través de la válvula mitral (B). AD: aurícula derecha; Ao: aorta; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo; asterisco: mixoma.

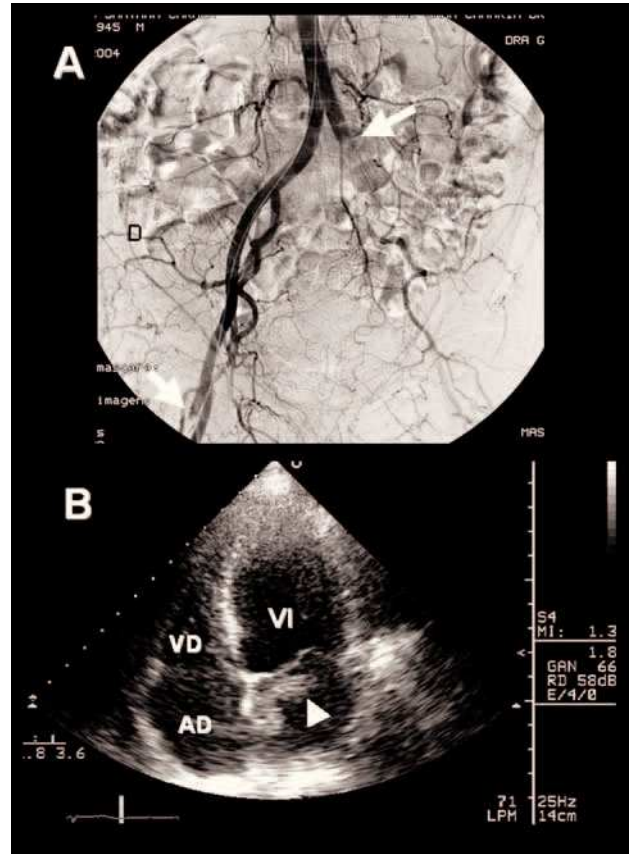


Fig. 2. Arteriografía: oclusión de la arteria ilíaca común izquierda y femoral profunda derecha. Flecha: zona de la oclusión (A). Ecocardiograma: después del evento embólico se aprecia la disminución del tamaño de la masa (B). AD: aurícula derecha; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo; cabeza de flecha: mixoma tras la embolia.

densidad heterogénea, adherida al septo interauricular, con prolapso en el ventrículo izquierdo, sin obstrucción ni regurgitación significativas en la válvula mitral (fig. 1). Se inició tratamiento antibiótico empírico con ampicilina y gentamicina, y se extrajeron hemocultivos que resultaron positivos para *Streptococcus oralis*.

TABLA 1. Criterios para el diagnóstico de mixoma auricular infectado

| | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definitivo | 1. Mixoma documentado por anatomía patológica y 2.a. Microorganismos observados en la muestra del mixoma o 2.b. Hemocultivos positivos y datos de inflamación en la muestra |
| Probable | 1. Mixoma documentado por anatomía patológica y 2. Hemocultivos positivos y datos de inflamación en la muestra |
| Posible | 1. Apariencia característica por ecocardiografía transtorácica o transesofágica y 2. Hemocultivos positivos |

Tomada de Horstkotte et al⁸.

A las 48 h del ingreso presentó de forma súbita dolor y palidez en el miembro inferior izquierdo, con ausencia del pulso femoral. Se realizó una arteriografía que mostró embolias en las arterias ilíaca común y externa izquierdas, y en arteria femoral profunda derecha (fig. 2), y se realizó una embolectomía quirúrgica. El material embólico mostró *Streptococcus oralis* en su superficie. El control ecocardiográfico posterior evidenció una marcada disminución del tamaño tumoral (3 2 cm) (fig. 2).

Ante el riesgo de nuevas embolias se decidió la extracción quirúrgica de la masa. El estudio histológico reveló la presencia de células fusiformes rodeadas de una estroma laxa rica en mucopolisacáridos, así como la presencia de cocos grampositivos. Se continuó con tratamiento antibiótico durante una semana y la evolución fue satisfactoria.

DISCUSIÓN

Se han propuesto criterios diagnósticos de mixoma infectado (tabla 1). En una revisión de la bibliografía

se hallaron 35 casos definitivos, 5 probables y 1 caso de posible mixoma infectado⁵. El 45% tenía factores de riesgo que pudieron contribuir a la infección: trabajos dentales (22%), infecciones recientes (10%), procedimientos invasivos (5%), y casos de uso de drogas intravenosas, uso crónico de corticoides y pobre dentición. Los microorganismos implicados fueron *Streptococcus viridans* (44%) y *Staphylococcus aureus* (15%), espectro microbiológico similar al de la endocarditis sobre válvula nativa. La bacteriemia no prueba que el mixoma esté infectado, pues se han descrito casos de hemocultivos positivos con tumores sin inflamación o infección.

El diagnóstico diferencial del mixoma infectado⁶ se debe realizar principalmente con el mixoma no infectado, puesto que la fiebre puede aparecer en ausencia de infección, así como con una endocarditis mural o un trombo intracavitario infectado. El mixoma se asocia con embolias sistémicas⁷, aunque el riesgo parece mayor cuando el mixoma está infectado.

La cirugía suele ser curativa y se debe realizar de forma precoz, con una mortalidad operatoria baja. Existe la tendencia a mantener la pauta antibiótica habitual de la endocarditis⁸, aunque los pacientes tratados durante menos de 2 semanas no parecen tener más complicaciones⁵.

Dado que la presentación clínica del mixoma infectado puede ser similar a la del no infectado es recomendable extraer hemocultivos cuando un paciente con mi-

xoma presente fiebre, así como realizar una ecocardiografía en los casos de fiebre de origen desconocido cuando las técnicas iniciales no resultan reveladoras^{9,10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reynen, K. Cardiac myxomas. *N Engl J Med*. 1995;333:1610-7.
2. Jiménez-Navarro MF, Carlos Gavilan J, María Melero J, Rodríguez Bailón I, Bermúdez F, Porras C, et al. Mixoma de gran tamaño en la aurícula derecha. *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:399-401.
3. Ramírez Moreno A, Anguita Sánchez M, Castillo Domínguez JC, Siles Rubio JR, Franco Zapata M, Casares Medaviella J, et al. Mixoma ventricular izquierdo aislado descubierto casualmente por ecocardiografía. *Rev Esp Cardiol*. 1998;51:763-5.
4. Ulecia Martínez MA, Torres Ruiz JM, Chamorro Santos CE, Moreo Herrero T. Cirugía emergente por mixoma auricular izquierdo. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:1279-80.
5. Revankar SG, Clark RA. Infected cardiac myxoma: case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 1998;77:337-44.
6. Gabe ED, Rodríguez Correa C, Vigliano C, San Martino J, Wisner JN, González P, et al. Mixomas cardíacos: correlación anatomoclínica. *Rev Esp Cardiol*. 2002;55:505-13.
7. Luaces Mendez M, Vilacosta I, Sarria C, Fernández C, San Román JA, Sanmartín JV, et al. Endocarditis infecciosa y embolias del eje hepatoesplenorenal. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:1188-96.
8. Horstkotte D, Follath F, Gutschik E, Lengyel M, Oto A, Pavie A, et al. Guía de Práctica Clínica sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:952-62.
9. Dekkers P, Elbers HR, Morshuis WJ, Jaarsma W. Infected left atrial myxoma. *J Am Soc Echocardiogr*. 2001;14:644-5.
10. Gregory SA, O'Byrne WT, Fan P. Infected cardiac myxoma. *Echocardiography*. 2004;21:65-7.