

F. García Angleu, E. Díaz Carrión,
T. Lillo Giménez, J.L. Gavilán Camacho,
J. Toro Ortega

An Esp Pediatr 1996;45:415-416.

Introducción

El mixoma es el tumor cardíaco más frecuente si consideramos todas las edades; sin embargo, es raro en la infancia y extremadamente infrecuente en el primer año de vida^(1,2).

La mayoría de estos tumores se ubica en arículas. La localización ventricular es más infrecuente, ya que supone el 2,5% del total de los mixomas cardíacos⁽³⁾.

El estudio ecocardiográfico es el método de elección para llegar al diagnóstico y conocer una serie de características como el tamaño, localización y movilidad del tumor^(4,5). Mediante la ecocardiografía con Doppler pulsado se puede determinar si existe obstrucción y el grado de ésta.

El tratamiento quirúrgico sería la medida a llevar a cabo una vez realizado el diagnóstico. Kay y colaboradores⁽⁶⁾ fueron los primeros en extirpar un mixoma mediante ventriculotomía.

El propósito de esta publicación es aportar un caso de mixoma cardíaco en un lactante de un mes.

Observación clínica

Se trata de un varón de 25 días de edad, remitido a este hospital para estudio de cardiopatía congénita ante el hallazgo de un soplo. Clínicamente asintomático.

Antecedentes personales de pretérmino (35 semanas). Normosoma. Cesárea. Apgar 6-8.

A la exploración presentaba un buen estado general, sensorio lúcido, reflejos y tono muscular normales. Rasgos dismórficos: hipertelorismo, orejas de implantación baja, mamilas pequeñas y separadas. Hemangioma en dorso del pie derecho y codo izquierdo. Normocoloreado y bien perfundido, sin signos de insuficiencia cardiorrespiratoria.

Auscultación cardiorrespiratoria: buen murmullo vesicular bilateral, corazón rítmico con frecuencia de 150 pulsaciones por minuto, soplo sistólico III/VI en 2º-3º espacios intercostales izquierdo y línea media axilar, sin irradiación. Abdomen depresible a la palpación, sin visceromegalias. Pulsos en los cuatro miembros. Genitales masculinos con ausencia de testículos en bolsa. Peso: 3,3 kg; talla: 47 cm; tensión arterial: 70/35 mmHg.

Unidad de Cardiología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario «Virgen del Rocío». Sevilla.

Correspondencia: Dr. Francisco García Angleu.

C/ Habitat 71, 3, 4º-4. 41007 Sevilla.

Recibido: Julio 1995

Aceptado: Marzo 1996

Diagnóstico ecocardiográfico de un caso de mixoma en ventrículo izquierdo



Figura 1. Eje axial largo paraesternal que muestra un tumor en el tracto de salida del ventrículo izquierdo, adherido al septo (LV: ventrículo izquierdo; RV: ventrículo derecho; AOV: válvula aórtica; LA: aurícula izquierda).

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

- Hemograma: Leucocitosis (22.700 leucocitos). Plaquetopenia. Anemia (Hemoglobina 10,1 g/dl y hematocrito 26,9%).

- Bioquímica sanguínea normal.

- Electrocardiograma: Ritmo sinusal. Frecuencia 140-150 sístoles por minuto. Eje + 120°. Predominio de cavidades derechas.

- Radiografía AP tórax: Cardiomegalia (índice cardiotorácico de 0,63) sin otras anormalidades.

- Ecocardiografía 2D Doppler (Ecógrafo A.T.L. Ultramark 9): en proyección del eje largo (Fig. 1) aparece en el tracto de salida del ventrículo izquierdo, en posición subvalvular, una masa bien definida, ovoidea, de 5 mm en su diámetro mayor, adherida a la pared septal, provocando obstrucción a la salida del ventrículo izquierdo con un gradiente calculado por Doppler de 50 mmHg. Válvula aórtica trivalva y resto de estructuras cardíacas normales.

- Anatomía patológica: En el estudio histológico del tumor se diagnosticó de mixoma.

La evolución fue desfavorable ya que falleció debido a una coagulopatía de consumo provocada por la existencia de he-

mangiomas diseminados (síndrome de Kasabach-Merritt).

Discusión

Queremos llamar la atención sobre la rareza del mixoma en la infancia y sobre todo a una edad tan precoz como en nuestro caso, diagnosticado al mes de edad⁽¹⁾.

La ecocardiografía es el método de elección para llegar al diagnóstico de tumor cardíaco, ya que con esta técnica es posible definir el tamaño, forma y localización. Además, mediante ecocardiografía Doppler pulsada podremos determinar el grado de obstrucción y en ocasiones hacer indicaciones quirúrgicas. En algunos casos la ecocardiografía transesofágica puede ayudarnos al diagnóstico y determinar diferentes características, cuando el tumor se localiza en aurículas^(7,8).

En cuanto a la localización, la aurícula izquierda es el lugar donde se ubica habitualmente este tipo de tumor⁽³⁾, siguiéndole en frecuencia la aurícula derecha. La presentación en ventrículo izquierdo es más infrecuente que en el derecho. En ambos ventrículos ocasiona obstrucción al flujo sanguíneo, como sucede en el caso que presentamos. Las estructuras del ventrículo izquierdo en las que se implanta preferentemente el tumor son los músculos papilares, septo interventricular y tracto de salida⁽⁹⁾, como sucedió en nuestro enfermo.

Una vez hecho el diagnóstico hay indicación inmediata de extirpar el tumor debido a la tendencia a la embolización⁽⁹⁾, sobre todo si son ventriculares.

Una vez extirpado, ocasionalmente hay posibilidad de recurrencias en la misma cámara cardíaca o en otra^(10,11), por lo que es recomendable en todo enfermo intervenido su periódico control ecocardiográfico.

Bibliografía

- 1 McAllister HA. Primary tumors and cysts of the heart and pericardium. En: Harvey WP (ed). Current problems in cardiology. Chicago: Year Book Medical Publishers, Inc. 1979.
- 2 Haw J, Ward C, Nunn G, Cooper S, Lau KC, Sholler G. Primary intraventricular cardiac tumors in children: Contemporary diagnostic and management options. *Pediatr Cardiol* 1994;**15**:233-237.
- 3 Meller J, Techholz LE, Pichard AD y cols. Left ventricular myxoma. Echocardiographic diagnosis and review of the literature. *Am J Med* 1977;**63**:816-823.
- 4 Morgan DL, Palazola J, Reed W, Bell HH, Kindred LH, Beauchamp GD. Left heart myxomas. *Am J Cardiol* 1977;**40**:611-614.
- 5 Wrisley D, Rosenberg J, Giambartolomei A, Levy I y cols. Left ventricular myxoma discovered incidentally by echocardiography. *Am Heart J* 1991;**121**:1554-1555.
- 6 Kay JM, Andreson RM, Meihows J y cols. Surgical removal of an intracavitary left ventricular myxoma. *Circulation* 1959;**20**:881-886.
- 7 Diltman H, Voelker W, Karsh KR, Seipel L. Bilateral atrial myxomas detected by transesophageal two-dimensional echocardiography. *Am Heart J* 1989;**118**:172-174.
- 8 Vargas-Barrón J, Romero-Cárdenas A, Villegas M y cols. Transthoracic and transesophageal echocardiographic diagnosis of myxomas in the four cardiac cavities. *Am Heart J* 1991;**121**:931-933.
- 9 Panday S, Kubal G, Desai B, Dave A, Arsiwala S. Successful surgical management of left ventricular myxoma: A case report and review of literature. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990;146-148.
- 10 Pavlides GS, Levin RH, Hauser AM. Left ventricular recurrence of a resected left atrial myxoma. *Am Heart J* 1989;**117**:1390-1391.
- 11 Duveau D, Baron O, Jegou B y cols. Les myxomes cardiaques multiples et recidivants. S'agit-il d'une maladie familiale. *Chirurgie* 1993-1994;**199**:357-361.