

Mixoma en tracto de salida del ventrículo izquierdo

A.C. Cis, E. Fernández Rostello y R. Marticani

Sección de Ecocardiografía. Consultorios Médicos Medrano. Buenos Aires.

(An Esp Pediatr 2001; 54: 80-82)

Se presenta el caso de una niña de 5 años de edad, con un mixoma en el tracto de salida del ventrículo izquierdo, asintomática, diagnosticada ecográficamente por soplo cardíaco, que se confirmó con angiorresonancia magnética nuclear antes de practicar exéresis quirúrgica. Se subraya la importancia del ecocardiograma transtorácico para el diagnóstico precoz de este tipo de procesos.

Palabras clave:

Mixoma. Ecocardiografía. Ventrículo izquierdo.

MYXOMA OF THE LEFT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT

We report the case of a 5 year-old girl who presented asymptomatic myxoma in the left ventricular outflow tract. The tumor was initially detected by echocardiography, which was performed for heart murmur. This diagnosis was later confirmed by magnetic angioresonance imaging which enabled prompt surgical removal. We emphasize the advantages of transthoracic echocardiography in the early diagnosis of this kind of tumor.

Key words:

Myxoma. Echocardiography. Left ventricle.

INTRODUCCIÓN

El mixoma es el tumor cardíaco primario más frecuente en adultos y en el 95% de los casos se localiza en la aurícula izquierda¹. En pediatría son raros, y los rabdomiomas son los tumores dominantes (45%) seguidos de los fibromas (25%)². Los mixomas representan el 10%, al igual que los teratomas intrapericárdicos³. Todavía resulta más infrecuente su localización en ventrículo izquierdo en todas las edades⁴.

Se presenta el caso de una niña de 5 años, asintomática, que fue estudiada por presentar soplo aislado con ecocardiograma Doppler transtorácico, detectándose un mixoma en tracto de salida del ventrículo izquierdo.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niña de 5 años, derivada por su pediatra para estudio de un soplo que había aparecido 1 mes antes. La anamnesis no demostró antecedentes personales o familiares, ni síntomas relacionados con el motivo de consulta. En la exploración física realizada, la niña presentaba muy buen estado general, normotermia y ausencia de alteraciones cutáneas o mucosas en textura y/o coloración. En el examen cardiovascular destacó pulsos presentes en las cuatro extremidades, un frémito supraesternal y en la auscultación un soplo sistólico eyectivo III-IV/VI en foco aórtico irradiado a cuello, no modificable con cambios posicionales. La paciente se encontraba normotensa.

Se realizaron los siguientes estudios: electrocardiograma y radiografía de tórax, normales. El ecocardiograma Doppler transtorácico mostró una masa pediculada en el tracto de salida del ventrículo izquierdo, de 1,2 x 0,9 cm, móvil (fig. 1). Desde todas las proyecciones se observaba la masa sobre el plano valvular aórtico (tricúspide), protruyendo y generando un gradiente sistólico variable, cuyo máximo fue de 36 mmHg, sin insuficiencia (fig. 2). Los restantes segmentos cardíacos, así como las válvulas correspondientes fueron normales. El ecocardiograma planteó dudas sobre el compromiso o no de la válvula aórtica, respecto a la inserción correcta del pedículo tumoral, por lo que se le realizó de inmediato una resonancia magnética (RM), que permitió definir el aspecto arriñonado de la masa, de 16 x 12 mm, no compatible con vegetación. Confirmó además la fijación pediculada en el tabique infundibular, respetando la válvula aórtica (fig. 3). Descartó otras masas no visibles en el ecocardiograma Doppler transtorácico.

Considerando el aspecto heterogéneo (móvil, pediculado y obstructivo) del tracto de salida ventricular izquierdo, la ausencia de otros datos positivos y la eventualidad de embolia, la paciente fue derivada de inmediato a ciru-

Correspondencia: Dra. A.C. Cis.

Sección de Ecocardiografía. Consultorios Médicos Medrano.
Medrano, 747, PB A. Buenos Aires. República Argentina, CP 1179.
Correo electrónico: adcis@intramed.net.ar

Recibido en agosto de 2000.

Aceptado para su publicación en enero de 2001.

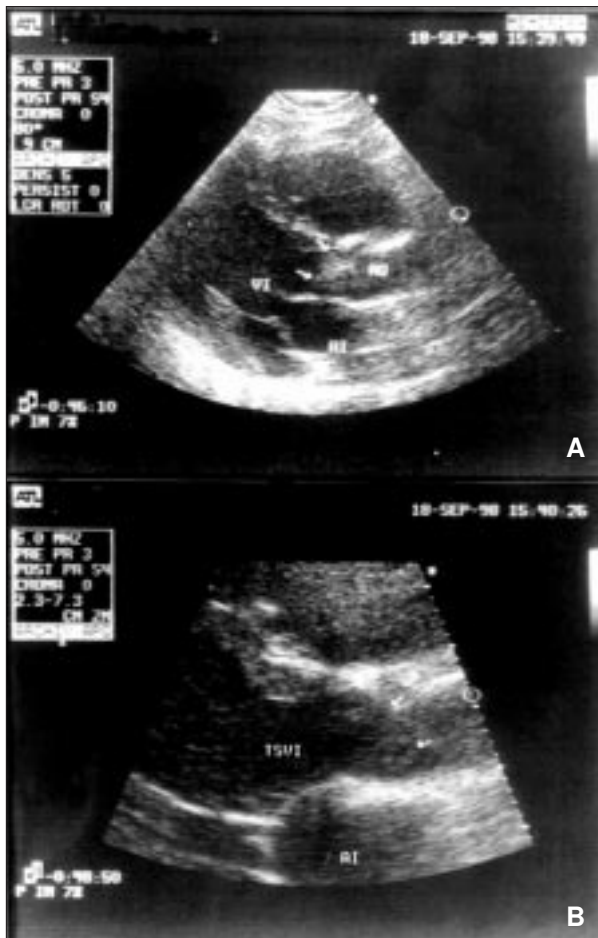


Figura 1. Ecocardiograma bidimensional: eje largo de ventrículo izquierdo. **A)** Se visualiza masa tumoral adyacente al plano valvular aórtico en el tracto de salida del ventrículo izquierdo. **B)** En imagen ampliada, la misma masa tumoral se visualiza por encima del plano valvular aórtico demostrando movilidad.

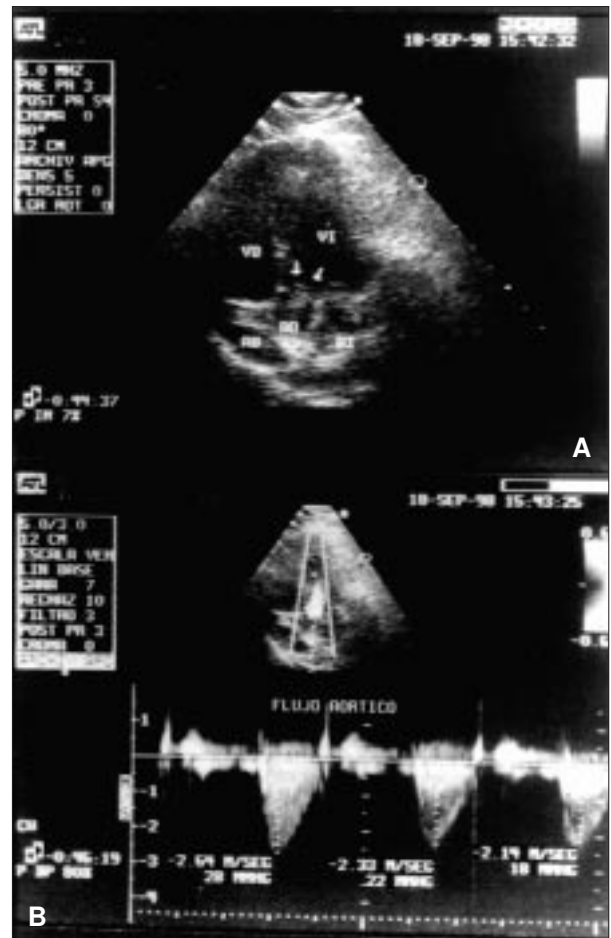


Figura 2. **A)** Ecocardiograma bidimensional 5 cámaras apical. Se observa nitidamente la masa tumoral sobre la válvula aórtica dentro de la raíz arterial. **B)** Ecocardiograma Doppler: secuencia de tres gradientes sistólicos sucesivos variables obtenidos en el tracto de salida del ventrículo izquierdo donde se localizaba el tumor.

gía con diagnóstico presuntivo de tumor cardíaco primario, a descartar en primer lugar mixoma. La resección fue total. El informe patológico macroscópico reveló tumor de 3,5 × 3 × 1,5 cm, blanquecino, de contornos irregulares, blando, y la histología microscópica de mixoma mostró presencia de células poligonales con citoplasma eosinófilo en una estroma mixoide. A 24 meses de la exéresis, la paciente permanece asintomática, sin secuelas ni recurrencias clínicas o ecocardiográficas.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la revisión bibliográfica, los mixomas son infrecuentes en pediatría, con casos aislados en lactantes^{1,3-5}, niños menores y mayores de 10 años^{6,7}. En adolescentes y adultos jóvenes pueden presentarse en formas múltiples, recidivantes, con localización atípica en las diferentes cámaras cardíacas y/o carácter familiar de éstos o asociados con otras lesiones⁸.



Figura 3. Resonancia magnética: cortes sagitales del tracto de salida del ventrículo izquierdo. **A)** Imagen posterior (aorta en el centro de la imagen) sin masas tumorales. **B)** Imagen anterior: se visualiza tabique infundibular donde se inserta una masa tumoral pediculada hacia el ventrículo izquierdo en la válvula aórtica sin comprometerla (arteria pulmonar en la parte superior y a la izquierda de la imagen).

El carácter asintomático de este tumor es igualmente atípico. En su mayoría se inician con embolias, síntomas secundarios a obstrucción valvular, síncope y/o arritmias^{6,9}.

Se destaca el valor del ecocardiograma Doppler transtorácico como método incruento y seguro de diagnóstico en esta enfermedad. Los diferentes tumores tienen características ecográficas definidas: los rabiomomas suelen ser múltiples, intramiocárdicos y pueden protruir en la luz. Son brillantes y homogéneos. Los fibromas por lo general son únicos, intramiocárdicos y ubicados en la pared libre del ventrículo izquierdo o en el tabique interventricular¹⁰. Otros procesos del tracto de salida del ventrículo izquierdo como vegetaciones o tejido accesorio mitral obstructivo subaórtico deben descartarse^{4,11}. La RM es el complemento ideal del ecocardiograma y debe solicitarse para definir la morfología y la localización exacta, allí donde éste presenta limitaciones, reemplazando al cateterismo, pero requiere sedación en pacientes pequeños, igual que el eco-Doppler transesofágico.

Es de interés destacar la posibilidad que ofreció el ecocardiograma transtorácico en nuestro caso para sospechar precozmente en una paciente asintomática la presencia de un mixoma, por las características ecográficas peculiares, en ausencia de otros datos y en contra de las estadísticas por edad de presentación o localizaciones más frecuentes de esta enfermedad. Constituye el método más simple y rápido de aproximación diagnóstica de estos tumores, histológicamente benignos, que años atrás sólo eran detectados ante síntomas graves o necropsias, y que deben ser resecados por cirugía, rápida y totalmente, para evitar además las recurrencias^{8,12}. Sin duda, se trata también del estudio indicado para su seguimiento ante potenciales recidivas.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración del Dr. Mario Cazzaniga del Hospital Ramón y Cajal de Madrid por su asesoramiento en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Talmor D, Caspi J, Feuering S, Zuker N, Zalstein E, Ganiel A et al. Surgical treatment of right ventricular myxoma in infancy. *Ann Thorac Surg* 1996; 61: 1835-1836.
2. Black M, Kadletz M, Smallhorn J, Freedom R. Cardiac rhabdomyomas and obstructive left heart disease: histologically but not functionally benign. *Ann Thorac Surg* 1998; 65: 1388-1390.
3. Chan HS, Sonley MJ, Moës CAF, Daneman A, Smith CR, Martin DJ. Primary and secondary tumors of childhood involving the heart, pericardium and great vessels: a report of 75 cases and review of the literature. *Cancer* 1985; 56: 825-836.
4. Meller J, Teichholz L, Pichard A, Matta R, Litwak R, Herman M. Left ventricular myxoma. Echographic diagnosis and review of the literature. *Am J Med* 1977; 63: 816-823.
5. García Angléu F, Díaz Carrión E, Lillo Giménez T, Gavilán Camacho JL, Toro Ortega J. Diagnóstico ecográfico de un caso de mixoma en ventrículo izquierdo. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 415-416.
6. Bouvaist H, Rossignol AM, Jouk PS, Perez I, Rocca C. An unusual site of cardiac myxoma. Apropos of a case in an 11 old child. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1997; 90: 729-733.
7. Pathi V, Royse A, Doig W, Pollock JCS. Left atrial myxoma in a preschool child. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 550-552.
8. Duveau D, Baron O, Jegou B, Remadi JP, Michaud JL, Despins PH et al. Les myxomes cardiaques multiples et récidivants. S'agit-il d'une maladie familiale. *Chirurgie* 1993-1994; 119: 357-361.
9. Delgado LJ, Montiel J, Guindo J, Margarit L, Casas I, Ramírez I et al. Mixoma de ventrículo izquierdo como causa de síncope en adolescente. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 674-676.
10. Freedom RM, Lee KJ, Mac Donald C, Taylor G. Selected aspects of cardiac tumors in infancy and childhood. *Pediatr Cardiol* 2000; 21: 299-316.
11. Aguilar Iñigo C, Santos de Soto J, Descalzo Señorans A, Lillo Jiménez T, Gueso Montero J, Gil-Fournier Carazo M. Estenosis subaórtica progresiva causada por tejido mitral accesorio. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 438-440.
12. Bortolotti U, Sciotti G, Guglielmi C, Milano A, Nardi C, Tartarini G. Recurrent myxoma of the left ventricle. Case report and review of the literature. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1999; 40: 233-235.