

BIBLIOGRAFÍA

1. Lanzotti M, Citta N. Síndrome de QT Largo Adquirido "Torsade de Pointes". Fed Argent Cardiol 2003;2-3. <http://www.fac.org.ar/tcv/llave/c312/lazotti.htm>
2. Chang NL, Shan P, Bikkina M, Shamon F. Clarithromycin-induced Torsade de Pointes. Am J Ther 2016;23:e955-6. <http://doi.org/f8n7tz>
3. Ray WA, Murray KT, Hall K, Arbogast PG, Stein CM. Azithromycin and the risk of cardiovascular death. N Engl J Med 2012;366:1881-90. <http://doi.org/f3xwvj>
4. Vieweg WV, Hancox JC, Hasnain M, Koneru JN, Gysel M, Baranchuk A. Clarithromycin, QTc interval prolongation and torsades de pointes: the need to study case reports.. The Adv Infect Dis 2013;1:121-38. <http://doi.org/c4dd>
5. Medeiros-Domingo A, Iturralde-Torres P, Ackerman MJ. Clínica y genética en el síndrome de QT largo. Rev Esp Cardiol 2007;60:739-52. <http://doi.org/drhrnz>
6. Svanstrom H, Pasternak B, Hviid A. Use of clarithromycin and roxithromycin and risk of cardiac death: cohort study. Br Med J 2014;394:g4930. <http://doi.org/gb3snm>

Mixoma auricular como causa de infarto agudo de miocardio

Los tumores cardiacos primarios son extremadamente raros y a menudo asintomáticos, su incidencia es de 0.0017% a 0.28%, (1) siendo los mixomas auriculares los tumores cardiacos primarios benignos los más comunes y su localización predominantemente es en el atrio izquierdo. La prevalencia es mayor en mujeres y generalmente se diagnostican en la sexta década de vida. (1-2) Se describen dos tipos de mixomas según sus características morfológicas: los del tipo 1 son lisos y redondeados, de consistencia compacta; mientras que los del tipo 2 son papilares y de consistencia frágil por lo que son susceptibles de embolizar. El 30% de los mixomas se manifiesta por síntomas y signos de embolización sistémica en el territorio de cualquier arteria periférica; en realidad es el trombo suprayacente localizado en la superficie del tumor el que emboliza más que el propio tumor, aunque en los mixomas del tipo 2 si puede presentarse este fenómeno. El riesgo de embolización aumenta en tumores de menos de 4,5 cm, sobre todo hacia el sistema nervioso central y la retina. (2) El embolismo coronario es poco común pero se han reportado casos aislados de cardiopatía isquémica secundaria a este fenómeno, en presencia de un mixoma. A continuación, describimos un caso de mixoma atrial izquierdo que presentó un infarto agudo de miocardio con elevación del ST de cara inferior.

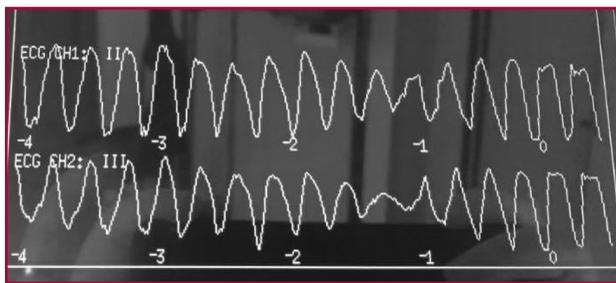


Fig. 1. Taquicardia ventricular polimorfa no sostenida constatada por monitor

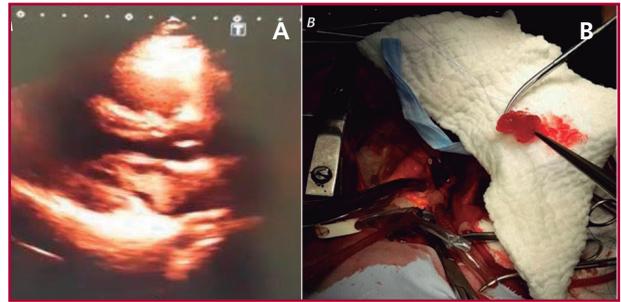


Fig. 2. A. Ecocardiograma transtorácico que muestra imagen de masa intraauricular sugestiva de mixoma. B. Imagen de mixoma extraído quirúrgicamente.

Se trata de una paciente (género femenino), de 24 años de edad, sin antecedentes cardiovasculares, que presentó dolor torácico anginoso típico después de realizar esfuerzo físico de moderada intensidad. Acude a otro centro hospitalario donde le realizan un electrocardiograma en el que se evidencia lesión subepicárdica en la pared inferior, por lo que es transferida a nuestro hospital 14 horas después del inicio del dolor. Recibimos una paciente asintomática, hemodinámicamente estable, con signos electrocardiográficos de necrosis inferior y elevación de troponinas. Catalogada como un infarto inferior con elevación del ST evolucionado, se realizó una coronariografía en la que se evidenció arterias coronarias normales. En un ecocardiograma se reportó la presencia de mixoma atrial izquierdo, insertado en el septum interauricular con protrusión hacia la cavidad ventricular izquierda. Los resultados de su perfil lipídico, marcadores para colagenopatías y trombofilia fueron negativos. Fue derivada a cirugía cardiaca para resección del mixoma; se realiza excéresis de masa mixomatosa de 6 × 3,5 cm adosada a la pared inferior de la aurícula izquierda y el septum interauricular. Estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de mixoma auricular de superficie irregular.

La embolización coronaria como complicación de un mixoma es extremadamente rara, apenas tiene una incidencia del 0,06%, (3) debido a la unión en ángulo recto de las aberturas coronarias dentro de la raíz aórtica, la protección de las coronarias por las cúspides de la válvula aórtica y el pequeño diámetro de los senos coronarios. (4) No hay relación con la edad o el género. En el 48,8% de pacientes con síndrome coronario secundario a embolismo por mixoma, las arterias coronarias son reportadas como normales, sobre todo en pacientes jóvenes. Este hallazgo se ha relacionado con recanalización espontánea, aunque no está claro su mecanismo. (4-5) En el 43,2% de casos reportados la pared inferior ha sido la afectada. (5) Para el diagnóstico de mixoma el mejor estudio es el ecocardiograma transtorácico. (6) En el caso presentado, la paciente es joven, sin factores de riesgo cardiovascular, con evidencia de un infarto con ST elevado, de pared inferior y con

coronarias normales, y después de descartar patologías protrombóticas, pensamos que el cuadro fue secundario a embolización del mixoma atrial.

En conclusión, en pacientes jóvenes y sin factores cardiovasculares de riesgo hay que considerar la posibilidad de una embolización coronaria desde un mixoma con la consiguiente producción de un síndrome coronario agudo, por lo que la realización de ecocardiograma transtorácico se hace indispensable dentro del manejo del paciente con cardiopatía isquémica.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario)

BIBLIOGRAFÍA

1. Ribeiro Dias R, Fernandes F, Alvarez Ramires JF, Mady C, Piva C, Biscegli Jatene F. Mortality and Embolic Potential of Cardiac Tumors. *Arq Bras Cardiol* 2014;103:13-8.
2. Thyagarajan B., Priyadarshini Kumar M, Patel S., Agrawal A.

Extracardiac manifestations of atrial myxomas. *J Saudi Heart Assoc* 2017;29:37-43. <http://doi.org/c4bk>

3. Arcenas RF, Ishtiaque Ali M. Left Atrial Myxoma: A Rare Nonatherosclerotic Cause of Acute Myocardial Infarction. *Case Rep Cardiol* 2013;2013:407935. <http://doi.org/gb6h5p>

4. Al Zahrani I, Alraqtan A, Adel Almasswary A, Bella A. Atrial myxoma related myocardial infarction: Case report and review of the literature. *J Saudi Heart Assoc* 2014;26:166-9. <http://doi.org/c4bm>

5. Shi-Min Yuan. Cardiac myxoma: a rare cause of acute myocardial infarction. *Turk Gogus Kalp Dama* 2016;24:166-72.

6. Abascal V, Kasznica J, Aldea G., Davidoff R. Left Atrial Myxoma and Acute Myocardial Infarction. A Dangerous Duo in the Thrombolytic Agent Era. *Chest* 109:1106-8.

Diego Rengifo, E. Liliana Cárdenas, Fernando Hidalgo Ottolenghi

Hospital de especialidades Eugenio Espejo.
Servicio de Cardiología. Quito, Ecuador
fehott@hotmail.com

REV ARGENT CARDIOL 2019;87:243-244. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v87.i3.14972>
