

Ictus isquémico de origen cardioembólico secundario a mixoma auricular.

Autores: Tuñas-Gesto C, Expósito-Ruiz I, Suárez-Castro E, Doporto-Fernández A, Aneiros-Díaz A, Santos-García D, Naveiro-Soneira J, Abella-Corral J, Macías Arribí M, Llaneza-González MA.

Sección de Neurología, Hospital Arquitecto Marcide / Hospital Naval, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF), Ferrol, A Coruña.

Introducción:

Los tumores cardíacos primarios son poco prevalentes. A excepción de los síntomas constitucionales, las manifestaciones clínicas de un tumor cardíaco se determinan generalmente por la ubicación del tumor en el corazón y no por su histopatología.

El mixoma es una causa infrecuente de ictus. EL 80% de los mixomas se localizan en la aurícula izquierda y, la embolización al sistema nervioso central, supone un 50% de los sucesos embólicos.

Caso clínico:

Paciente de 59 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y esclerosis múltiple secundaria progresiva desde 1995, con secuelas de deterioro cognitivo de predominio fronto-subcortical y marcha ataxo-espástica. En 2013 ingresó en el HULA por ictus isquémico en el territorio de la ACM derecha, de probable origen cardiembólico, en contexto de IAM silente, con función ventricular preservada, decidiéndose tratamiento médico.

En el mes de enero de 2016 ingresó en nuestro centro para estudio etiológico de debilidad facio-braquio-crural izquierda de inicio brusco. Se realizó RM cerebral, mostrando un infarto agudo temporal y putaminal derechos.

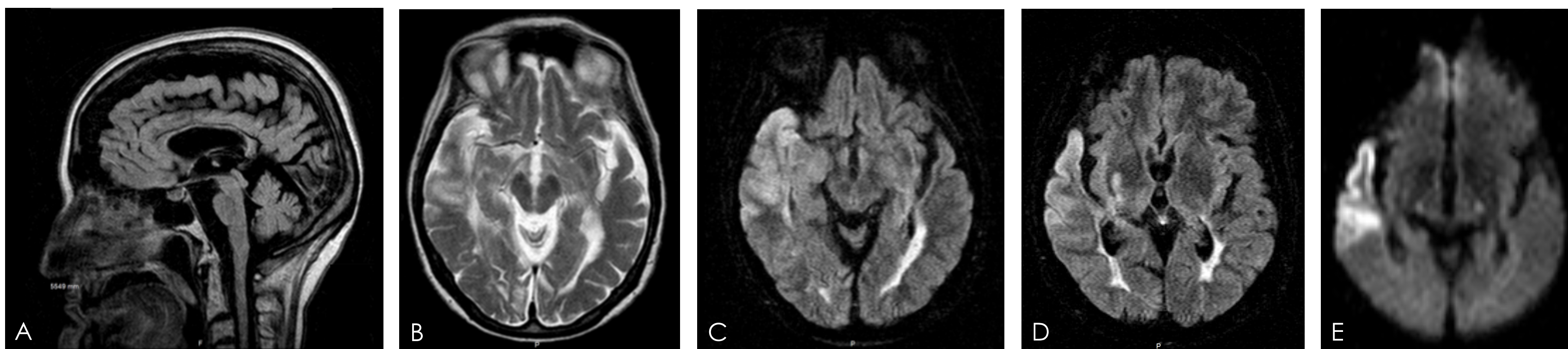


Figura 1: RM craneal: A: Atrofia global en corte sagital en secuencia T2. B: Carga lesional en T2. C: Lesión isquémica temporal derecha en secuencia T2. D: Lesión isquémica putaminal derecha en secuencia T2. E: Restricción de la difusión en lóbulo temporal derecho.

Resultados:

Se realizó un ecocardiograma transtorácico, que evidenció una masa móvil en aurícula izquierda. Para filiar la lesión, se realizó un ecocardiograma transesofágico, siendo la imagen altamente sugestiva de mixoma auricular. El resto del estudio etiológico fue normal.

Se decidió no realizar cirugía de resección dada la situación basal y comorbilidad de la paciente, iniciándose anticoagulación como prevención secundaria de eventos embólicos.

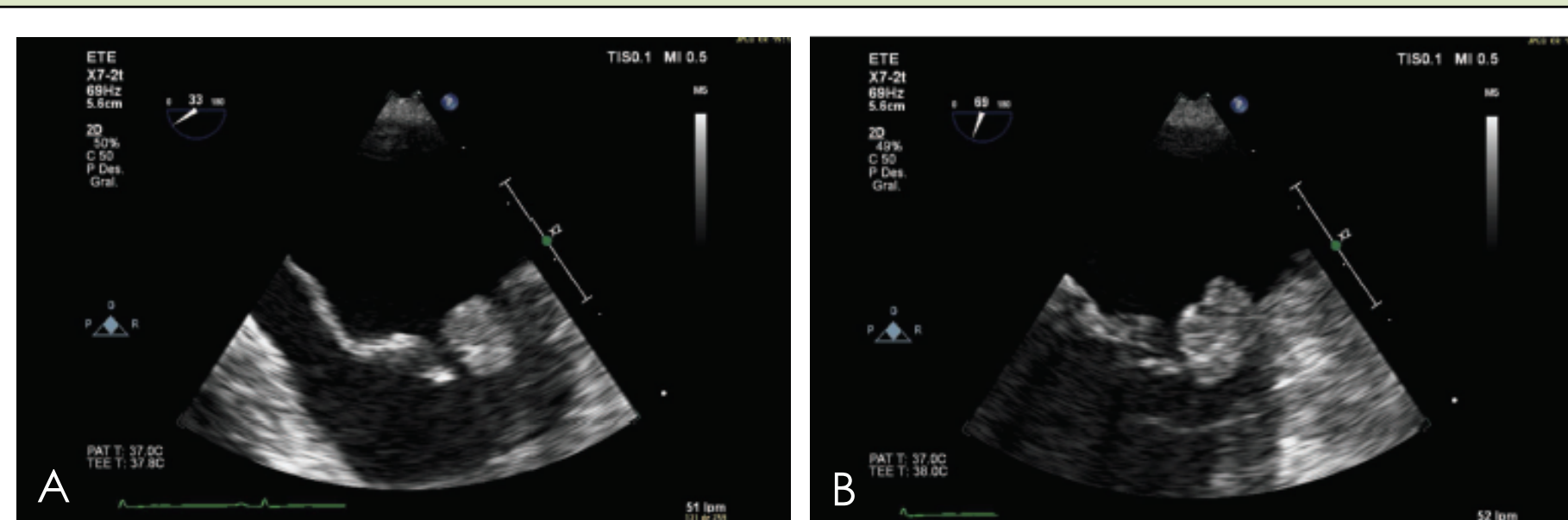


Figura 2: Ecocardiograma transesofágico: A: Masa en aurícula izquierda que protruye a través de la válvula mitral compatible con mixoma auricular. B: Masa poliglobular y heterogénea.

Conclusiones:

Los mixomas cardíacos se diagnostican mediante ecocardiografía, resonancia magnética y/o tomografía computarizada.

El manejo del mixoma auricular es la resección quirúrgica tan pronto como sea posible, debido al riesgo de recidiva, embolización u otras complicaciones cardiovasculares.

Si existe contraindicación o riesgo quirúrgico, se debe proceder a la anticoagulación crónica.

Referencias bibliográficas:

1. Elbardi AW, Dearani JA, Daly RC, et al. Embolic potential of cardiac tumors and outcome after resection: a case-control study. Stroke 2009; 40:156.
2. Lee VH, Connolly HM, Brown RD Jr. Central nervous system manifestations of cardiac myxoma. Arch Neurol 2007; 64:1115.
3. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. Medicine (Baltimore) 2001; 80:159.