

# Masas cardiacas intraauriculares

## A PROPOSITO DE DOS CASOS

VC. Navarro Ruiz \*  
 I. Rada Martínez \*\*  
 R. Gayán Laviña \*\*  
 A. Gálvez Martínez \*\*\*  
 S. Alvarez Antón \*\*\*\*

### RESUMEN

Se presentan dos casos de masa cardiaca intraauricular en los que el diagnóstico había pasado desapercibido hasta la realización del estudio ecocardiográfico. Se analizan los métodos diagnósticos, la clínica y las complicaciones de las masas intraauriculares.

### SUMMARY

Two cases of intraatrial mass are presented. In both cases the correct diagnosis had been missed until echocardiogram was performed.

A revision of diagnostic techniques, clinical features and possible complications of intraatrial masses is carried out.

### INTRODUCCION

La inmensa mayoría de las masas cardiacas intracavitarias corresponden a trombos formados en el ventrículo izquierdo. Nosotros presentamos dos casos de masa cardiaca situada en aurícula izquierda diagnosticados por ecocardiografía bidimensional. El primero de ellos se trata de un mixoma con pedículo insertado en el septo interauricular a nivel de la fosa oval y cuyo diagnóstico se confirmó por examen anatomopatológico de la pieza. El segundo corresponde a una masa en una paciente con enfermedad valvular mitral y severa dilatación de la aurícula izquierda. Aunque no se comprobó histológicamente, tanto los datos clínicos como los ecocardiográficos apoyan fuertemente el diagnóstico de trombosis auricular.

### PRESENTACION DEL CASO 1

Paciente varón de 60 años con antecedentes de ICT (isquemia cerebral transitoria), crisis repetidas de taquicardia paroxística supraventricular y valvulopatía mitral diagnosticada desde hacia varios años. En la exploración física presentaba TA de 120/70, no había ingurgitación yugular y el pulso carotídeo era irregular y simétrico. Por auscultación cardiaca presentaba ruidos arrítmicos con frecuencia media de 80 pm, 1R cambiante en intensidad, 2R normal y soplo protodiastólico II/IV en BEI y apex. La auscultación pulmonar y la exploración de abdomen y extremidades estaba dentro de los límites normales. El ECG mostraba arritmia completa por fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada y signos de BCRDHH. En las radiografías de torax había cardiomegalia leve con aumento de las marcas vasculares pulmonares.

El estudio ecocardiográfico demostró una masa en aurícula izquierda, muy móvil, con ecogenicidad aumentada a nivel de la periferia y que fácilmente prolapsaba en el ventrículo izquierdo a través de la válvula mitral que era de aspecto normal (fig. 1).

El paciente fue sometido a cirugía

previo cateterismo cardiaco para valorar posible enfermedad coronaria asociada. En el acto quirúrgico y posteriormente con el estudio histológico, se confirmó el diagnóstico de mixoma (fig. 2). El postoperatorio cursó sin incidencias y el paciente se encuentra actualmente asintomático.

### PRESENTACION DEL CASO 2

Se trata de una mujer de 72 años con antecedentes de doble lesión mitral embolígena, bronquitis de repetición y ACVA en 1975. En el examen físico presentaba buen estado de hidratación y perfusión periférica. TA 115/60. Ingurgitación yugular de 5 cm. Carótidas con pulso arrítmico y de escasa amplitud. En la auscultación cardiaca destacaba soplo sistólico de regurgitación en foco mitral con irradiación hacia axila, 2R normal, chasquido de apertura mitral muy próximo al 2R seguido de retumbo largo y soplo sistólico en foco tricuspídeo que aumentaba con la inspiración. Por auscultación pulmonar se apreciaba disminución generalizada del murmullo vesicular. No se objetivó hepatomegalia ni edemas distales. El ECG estaba en fibrilación auricular

\* Teniente Coronel Jefe de Servicio de Cardiología.

\*\* Capitán Médico alumno de la Especialidad.

\*\*\* Comandante Médico Diplomado

\*\*\*\* Teniente Médico alumno de la Especialidad.

Servicio de Cardiología. Hospital del Aire. Madrid.

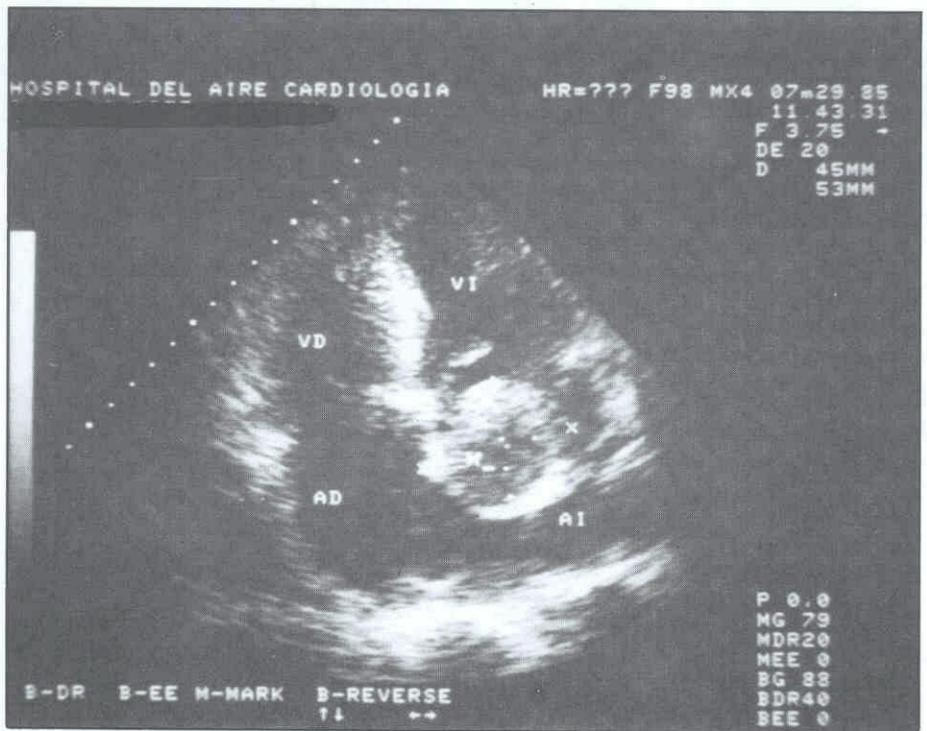
con frecuencia ventricular de 68 lpm y patrón de BIRDHH. En las placas de torax había importante cardiomegalia, claros signos de HVCP y líneas B de Kerley.

Para valorar la severidad de la lesión mitral se realizó estudio con eco-Doppler en donde pudo apreciarse la existencia de una masa de 48 × 40 mm, con densidad ecogénica uniforme y escasa movilidad dentro de la enorme aurícula izquierda (fig. 3). Los gradientes transmitrales máximo y medio calculados a partir de la curva de llenado AV izquierdo fueron de 27 y 15 mmHg respectivamente. También pudo objetivarse con Doppler una insuficiencia aórtica de grado leve e insuficiencia mitral y tricuspídea de difícil cuantificación. Aunque no fue posible valorar el área valvular mitral con eco-2D debido a la presencia de intensa fibrosis y calcificación, el examen con Doppler nos permitió un cálculo aproximado de la misma, que se situó entorno a los 0,5 cm<sup>2</sup>.

**COMENTARIO**

La existencia de una masa auricular sigue siendo una patología poco frecuente, y aunque en ocasiones su presencia puede sospecharse en base a determinados datos clínicos, el diagnóstico es casi siempre ecocardiográfico. Tanto en la aurícula izquierda como en la aurícula derecha el tumor más frecuente es el mixoma, tumor de forma muy variable que suele estar anclado mediante un pedículo en cualquier estructura cardíaca (generalmente en el septo interauricular aunque puede hacerlo en el tejido valvular o pared auricular), y muy frecuentemente es benigno.

El principal peligro de los mixomas es el riesgo embolígeno que conllevan, y que probablemente en el caso que presentamos podría explicar el antecedente de ICT que tuvo el paciente. Otro problema importante radica en la alteración hemodinámica que presentan aquellos tumores de aurícula izquierda que prolapsan en el ventrículo dificultando el llenado del mismo, provocando dilatación auricular, hipertensión pul-

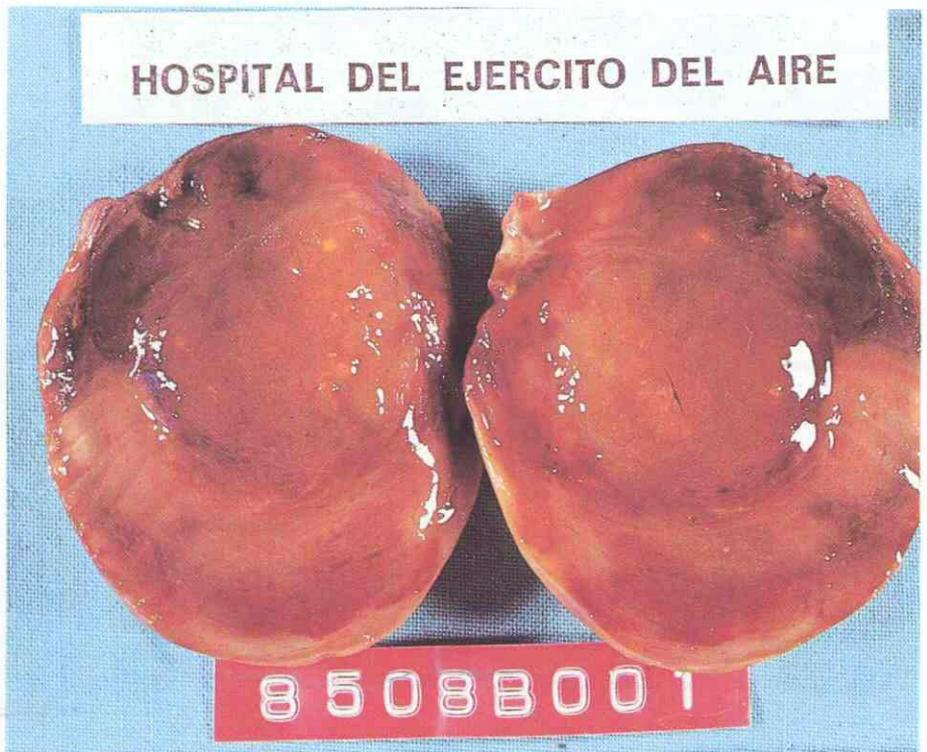


**Figura 1.**—Masa redondeada en aurícula izquierda que corresponde a un mixoma. Obsérvese su contiguidad con el septo interauricular. AI: aurícula izquierda. VI: ventrículo izquierdo. AD: aurícula derecha. VD: ventrículo derecho. M: mixoma.

monar y dilatación secundaria de cavidades derechas, además de insuficiencia mitral por traumatismo valvular.

Aunque la ecocardiografía en modo-M es un método muy sensible y específico para el diagnóstico de los mixomas que atraviesan el orificio auriculo-ventricular, la ecocardiografía bidimensio-

nal proporciona una información mucho más detallada y puede aclarar con facilidad los diagnósticos falsos positivos que se presentan con el modo-M (prolapso valvular, estenosis mitral masivamente calcificada, etc.), siendo su valor diagnóstico incluso superior al de la angiocardiografía.



**Figura 2.**—Anatomía patológica macroscópica de la pieza.

El resto de tumores malignos y benignos que pueden invadir la aurícula izquierda no presentan las características típicas del mixoma (movilidad, pedículo...) y representan un problema extremadamente raro.

Los trombos intracardiacos pueden producirse siempre que se alteren las condiciones hemodinámicas del corazón por lo que pueden estar presentes en multitud de enfermedades cardiacas (cardiopatía isquémica, cardiopatía valvular, miocardiopatías, etc.), siendo también posible encontrarlos en determinadas enfermedades hematológicas. En el caso que presentamos no hubo una confirmación histológica, pero el antecedente de ACVA unido a la lesión valvular con gran dilatación auricular, nos sugiere fuertemente que se trata de un trombo. Por otra parte, la escasa movilidad junto con la no existencia de pedículo también apoyan este diagnóstico. Los trombos adheridos a la pared auricular son más difíciles de diferenciar de los tumores, ya que en este caso y especialmente si no se acompañan de enfermedad valvular, su similitud con éstos es mayor.

A pesar de que la técnica Doppler es por sí sola de escaso valor en el diag-

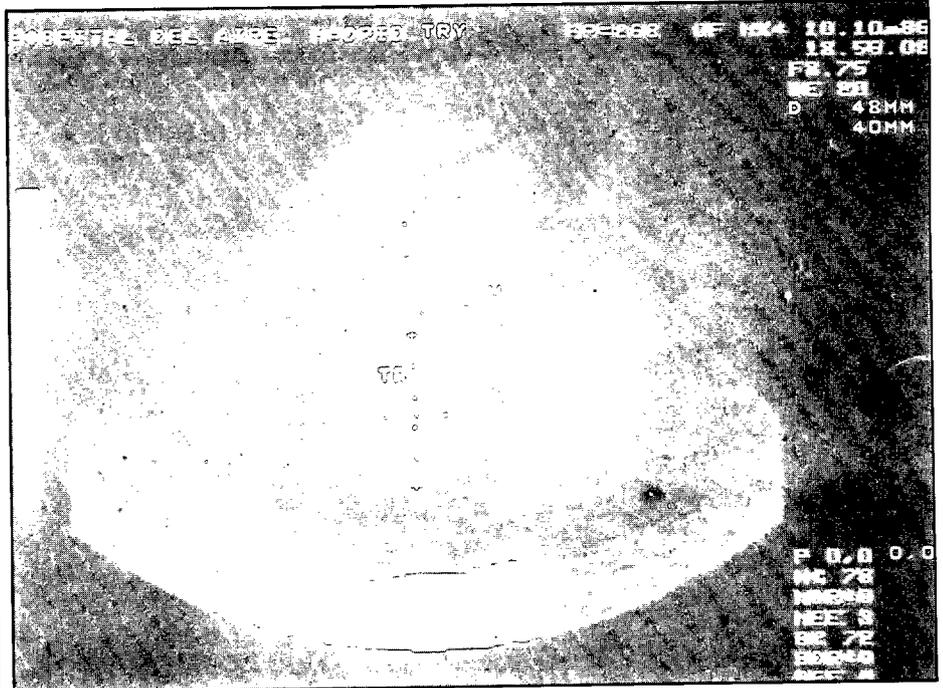


Figura 3.—Gran trombo (TR) en el interior de la aurícula izquierda que presenta una dilatación severa. La válvula mitral aparece calcificada (M).

nóstico de las masas cardiacas, su uso es de gran utilidad cuando existe lesión valvular acompañante. En el caso presentado nos ayudó no sólo en el diagnóstico cualitativo de la enfermedad polivalvular que presentaba la paciente, sino que además pudimos cuantificar la estenosis mitral y la insuficiencia aórtica y calcular el área valvular mitral

que no había podido obtenerse con eco-2D.

El tratamiento de las masas auriculares es en principio quirúrgico, aunque en el segundo caso que presentamos se desechó la cirugía por la necesidad de doble recambio valvular en una paciente senil con importante deterioro de su situación funcional.

## BIBLIOGRAFIA

- WARREN SHERMAN, MD; STEVE, E.; NORAD, MD; ANDRE STORIAN, MD; JHON, E.; MADIAS, MD: *Free-floating left atrial thrombus and systemic embolization*. Chest. 1985, 87: 694-695.
- TABAK, S. W.; HAURER, G.: *Echocardiographic detection of free floating left atrial thrombus*. Am. J. Cardiol. 1984, 53: 374-375.
- SELZER, A.; SAKAI, F. J.; POPPER, R. W.: *Clinical*

- manifestations of primary tumors of the heart*. Am. J. Med., 1982, 52: 9-18.
- SCHLOSMAN, D.; SELIN, K.; WALLIN, J.; et al.: *The diagnosis of atrial myxomas: Difficulties and pitfalls*. Acta. Med. Scand., 1980, 208: 349-353.
- PIETRO, D. A.; PARISI, A. F.: *Intracardiac masses: tumors, vegetations, thrombi, and foreign bodies*. Med. Clin. North. Am., 1980, 64: 239-251.

- WOLFE, S. B.; POPP, R. L.; FEIGENBAUM, H.: *Diagnosis of atrial tumors by ultrasound*. Circulation, 1969, 39: 615-622.
- SURG, R. J.; GRAHRAMANI, A. R.; MALLON, S. M.: *Hemodynamic features of prolapsing and nonprolapsing left atrial myxomas*. Circulation, 1975, 51: 342-349.