

CASUÍSTICA

UNA PACIENTE CON FIEBRE Y SOPLO CARDÍACO. ¿ENDOCARDITIS INFECCIOSA?

Dres. Sergio Chaluf, Juan Carlos Pomposiello

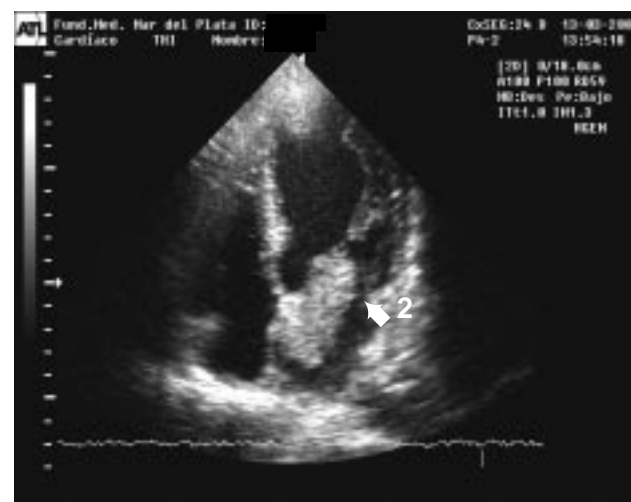
CASO

Una paciente de 59 años de edad tuvo un síncope en la madrugada luego de levantarse para ir al baño (no fue postmiccional). Se acompañó de sudoración profusa y tuvo rápida recuperación *ad integrum*. En la mañana siguiente, estando sentada en la sala de espera de su médico de cabecera, repitió el cuadro. En ese momento se le realizó un electrocardiograma que no mostró alteraciones. Tampoco se hallaron signos relevantes en el examen físico. Por la tarde presentó un registro febril de 38°C. Fue reevaluada y se le auscultó un soplo cardíaco no percibido previamente. Se asumió que sería funcional secundario a la fiebre. Dado su buen estado general se tomó una conducta expectante. En nuevo control a los dos días se volvió a auscultar el soplo estando afebril. Se contempló la posibilidad de endocarditis infecciosa y fue enviada a cardiología para evaluación ecocardiográfica.

Tenía antecedentes de hipotiroidismo postirradiación con I¹³¹, hipertensión arterial, dislipidemia, asma bronquial y síndrome depresivo. Estaba medicada con levotiroxina, losartán, broncodilatadores y corticoides inhalatorios.

En ese momento se encontraba asintomática, afebril y en muy buen estado general. Al examen físico se encontró el primer ruido aumentado y el segundo era normal. Se auscultó un soplo mesosistólico eyectivo en foco aórtico 1-2/6 sin irradiación y un ruido agregado protodiastólico más audible en la punta (tumor "plop"). El resto del examen fue normal.

Se realizó ecocardiograma que mostró una formación de aproximadamente 5 x 3,5 cm en la aurícula izquierda. Era pediculada con base de implantación en el *septum* interauricular (fig. 1). Prolapsaba en diástole a través de la válvula mitral hacia el ventrículo izquierdo (fig. 2), volviendo a su posición auricular durante la sístole. Se constató hipertensión pulmonar (presión sistólica de 62 mmHg).



Figuras 1 y 2. Imágenes ecocardiográficas desde vista apical de cuatro cámaras, donde se observa el tumor dentro de la aurícula izquierda durante la sístole (flecha 1) y su desplazamiento a través de la válvula mitral (flecha 2) en la diástole.

La radiografía de tórax mostró silueta cardíaca normal y signos de congestión pulmonar pasiva.

Los exámenes de laboratorio se muestran en la tabla:

Servicio de Cardiología del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata, Argentina.
E-mail: chechochaluf@hotmail.com

Tabla. Resultados de laboratorio.

Eritrosedimentación (mm/h)	116
Proteína C reactiva (mg/dl) (VN 0-0,5)	38,4
Hematocrito (%)	31,8
Hemoglobina (g/dl)	10,6
VCM (mcl)	89
Plaquetas (por mm ³)	337.000
Glóbulos blancos (por mm ³)	9.100
TSH (UI/l)	0,16
Fibrinógeno (mg/dl)	1.340
Proteinograma electroforético:	
Prot. Totales (g/dl)	6,92
Albumina (g/dl)	2,91
Alfa 1 globulina (0,17-0,33) (g/dl)	0,53
Alfa 2 globulina (g%) (0,53-0,75)	1,16
Beta globulina (0,51-0,91)	0,98
Gamma globulinas (0,84-1,68)	1,35
Relación albúmina-globulinas	0,73

Se realizó cinecoronariografía que mostró arterias angiográficamente normales y ventriculograma normal.

Permaneció asintomática y fue operada a los seis días del ingreso.

La cirugía se realizó sin complicaciones, lográndose la extirpación del tumor. Los tiempos quirúrgicos fueron de 64 minutos de clampeo aórtico y 90 minutos de circulación extracorpórea. Se rescataron dos fragmentos tumorales desprendidos de la pieza principal. Esto es de suma importancia para evitar embolias perioperatorias (fig. 3). Tuvo excelente postoperatorio. Fue dada de alta cinco días después.

El informe de anatomía patológica confirmó el diagnóstico presuntivo de mixoma auricular.

DISCUSIÓN

Dentro de los tumores cardíacos, los metastásicos son 20 a 50 veces más frecuentes que los primarios¹. Entre estos el 75% son benignos, siendo el mixoma el más frecuente (50%).

Se localizan habitualmente en la aurícula izquierda (75%) o en la derecha (17%), pero también pueden ubicarse en los ventrículos (8%). Suelen ser pediculados aunque también pueden tener base de implantación ancha¹. En la aurícula izquierda se originan más comúnmente en la región de la fosa oval². Son más frecuentes en las mujeres^{1,2}. La mayoría se observan entre los 30 y los 60 años de edad^{1,3-5}. Generalmente son únicos (94%)¹. Pueden tener diámetros desde 1 a 15 cm, pero la mayoría mide entre 5 a 6 cm al momento de su extirpación¹⁻³.

Pueden cursar de manera asintomática durante largos períodos y luego presentar manifestaciones generales (90% de los casos) y diversas alteraciones de laboratorio como pérdida de peso, fiebre, fatiga,

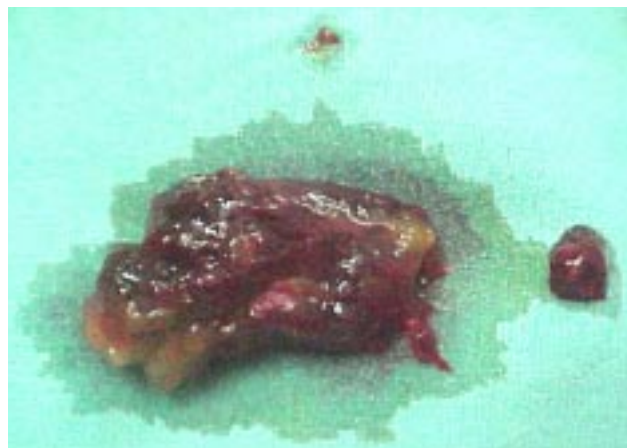


Figura 3. Vista del tumor recién extirpado.

anemia (frecuentemente hemolítica), eritrosedimentación elevada, aumento de la concentración de inmunoglobulinas séricas; también pueden producir embolias al sistema nervioso central o a cualquier órgano (pudiendo producir síntomas de manera aguda o años más tarde por crecimiento tumoral) y obstructivas por protrusión a través de los anillos valvulares^{1,3,5}.

Cuando son de localización auricular izquierda pueden simular una estenosis mitral y provocar tos, disnea de esfuerzo, disnea paroxística nocturna, edema agudo de pulmón, mareos, síncope y hasta muerte súbita. Suelen observarse variaciones en la severidad de los síntomas con los cambios de posición.

Los síncope son debidos a la caída brusca del gasto cardíaco por la obstrucción al flujo sanguíneo producida por los tumores, principalmente cuando son pediculados y prolapsan a través de las válvulas. Por éste mecanismo pueden provocar la muerte, por lo que una vez diagnosticados deben ser operados a la brevedad.

En un paciente con semiología de estenosis mitral, electrocardiograma con ritmo sinusal (más aún si el resto del trazado es normal) y variaciones de los síntomas o en la auscultación con los cambios de posición el diagnóstico de mixoma debería considerarse rápidamente¹.

Dentro de los diagnósticos diferenciales están la endocarditis infecciosa (fiebre, síntomas generales, soplo, eritrosedimentación acelerada), los demás tumores cardíacos primarios y metastásicos, los trombos, la valvulopatía mitral reumática y otras valvulopatías, el tromboembolismo de pulmón (en los localizados en las cavidades derechas), arritmias cardíacas, síncope e insuficiencia cardíaca^{1,3,4}.

Nuestra paciente presentó varios rasgos típicos para un mixoma como su edad, el sexo, los síncope, la fiebre, un electrocardiograma normal y la localiza-

ción del tumor en la aurícula izquierda, siendo éste además pediculado y con implantación en el *septum* interauricular. Dentro de las alteraciones de laboratorio mostró elevación de la eritrosedimentación y la proteína C reactiva y anemia leve normocítica. No es habitual que el período sintomático previo al diagnóstico sea tan breve.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bertolasi. *Cardiología 2000*. Tomo I. 1997; 790-820.
2. Braunwald. *Tratado de Cardiología*. Sexta Edición. 2004; 2218-36.
3. Reynen K. *Cardiac myxomas*. *N Engl J Med* 1995;333:1610-6.
4. Castellani Nogueira D, Bontempo D, Menardi C, Vilella W, Freitas Ribero P, Barbosa Evora P. *Left atrial myxoma as the cause of syncope in an adolescent*. *Arq Bras Cardiol* 2003; 81: 206-9.
5. Gabe E, Rodríguez Correa C, Vigliano C, San Martino J, Wisner J, González P, Boughen R, Torino A, Suárez L. *Mixomas cardíacos: correlación anatomoclínica*. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:505-13.

