

## #053 | Mixoma de aurícula derecha asociado a síndrome antifosfolipídico que se presenta como embolia pulmonar

Mariana Noria<sup>1</sup>; Yamel Ache<sup>1</sup>; Daniela Barranco<sup>1</sup>; Lucia Florio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Sanatorio Americano.

### Introducción:

Los tumores cardíacos primarios representan una entidad de baja incidencia, pero importante morbimortalidad. El mixoma auricular es el más prevalente, siendo la AD una topografía inhabitual. El síndrome antifosfolipídico se relaciona con condiciones trombóticas y el hallazgo de una masa cardíaca en este contexto es altamente sugestiva de trombo. Existe un número limitado de casos reportados con coexistencia de mixoma cardíaco y síndrome antifosfolipídico.

### Historia clínica:

Sexo masculino, 17 años. IMC 30. \ Hipoplasia renal izquierda, en tratamiento con ramipril, espironolactona y dapagliflozina. Función renal normal y proteinuria de 6 g/día en 24 hs. Consulta en emergencia por dolor torácico pleurítico en base de hemitórax derecho, acompañado de disnea de esfuerzo CFNYHA II y episodios reiterados de hemoptisis. Al examen: ritmo regular 70cpm sin soplos, sin elementos de IC derecha ni izquierda. Hipoventila en base de hemitórax derecho. Angiotomografía de tórax confirma embolia pulmonar subsegmentaria, sin criterios de alto riesgo y ETT con ETE muestran gran masa en AD polilobulada, con implante en pared posterior, sugestiva de trombo o mixoma (Figura1). Cardioresonancia informa masa sésil compatible con trombo intraauricular evolucionado (Figura2). Se realiza diagnóstico de síndrome antifosfolipídico con anticuerpos anticardiolipina, anti-beta 2 glicoproteína e inhibidor lúpico positivos. Inicia anticoagulación con Warfarina durante 6 meses, sin mejoría imagenológica, por lo que se decide realizar cirugía cardíaca. En intraoperatorio se evidencia masa de aspecto tumoral en AD que infiltra pared posterior y septum que se reseca con colocación de parche en AD (Figura3). Tras la resección se observa descenso progresivo de anticuerpos antifosfolipídicos.

### Pruebas complementarias:

ETT: cavidades cardíacas de dimensiones normales, FEVI levemente reducida. Masa polilobulada en AD, de 25mmx18mm, móvil, que prolapsa sobre válvula tricúspide con gradiente medio 7mmHg y gradiente máximo de 12mmHg. ETE confirma hallazgos y la inserción de la masa en la pared posterior de la AD. Cardioresonancia describe masa en AD relacionada con pared posterior, y septum interauricular, isoíntensa en T1 e hipointensa en T2, no perfundida, sin áreas de realce tardío con gadolinio, compatible con trombo intraauricular. \ Anatomía patológica confirma mixoma auricular. \

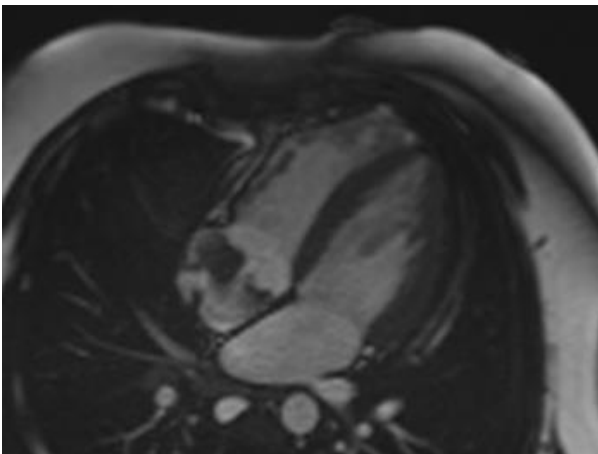
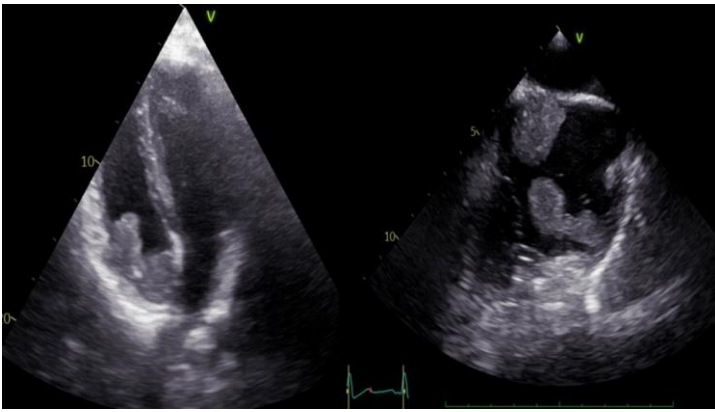


Figura 1Figura 2

**Diagnóstico:**

Mixoma auricular derecho que se presenta como embolia pulmonar, asociado a síndrome antifosfolipídico.

**Discusión:**

El mixoma auricular derecho representa una topografía menos habitual del tumor cardíaco primario más frecuente. Puede manifestarse con obstrucción al llenado ventricular, IC derecha y embolia pulmonar.\La manifestación clínica cardinal de nuestro paciente fue la embolia pulmonar, que motivó anticoagulación y búsqueda de fuente embolígena. Con orientación a síndrome antifosfolipídico y en ausencia de realce tardío destacado, se diagnostica masa avascular compatible con trombo, mientras que la anatomía patológica define que se trata de un mixoma auricular derecho.\ Son pocos los casos en la literatura que reportan la asociación del mixoma auricular con el síndrome antifosfolipídico. Se postula la existencia de un aumento de citoquinas proinflamatorias producidas por las células del mixoma (fundamentalmente interleucina-6), que estimulan la diferenciación de linfocitos B y producción de anticuerpos como anticardiolipinas, inhibidor lúpico y anti-beta 2 glicoproteína, conduciendo a un síndrome antifosfolipídico primario.\