

#028 | Gran masa en aurícula derecha: un desafío diagnóstico

Rodrigo Aranco ¹; Nahíara Lequini ¹; Gimena Loza ¹; Sebastián Robaina ¹

¹ - Unidad Académica Cardiología, CCVU Hospital de Clínicas, Universidad de la República.

Introducción:

Las masas intracardíacas abarcan un conjunto heterogéneo de patologías. Se clasifican como neoplásicas o no neoplásicas. Dentro de los neoplásicos son más frecuentes los secundarios, y los primarios en su mayoría corresponden a tumores benignos. Entre los no neoplásicos los más frecuentes son los trombos y vegetaciones. Independientemente de su etiología puede tener repercusión clínica (hemodinámica o arrítmica) según localización y tamaño. En otros casos se diagnostican de forma incidental en estudios de imagen. El tratamiento será individualizado y dependerá de la naturaleza, de su repercusión clínica y de las características del paciente.

Historia clínica:

Sexo femenino, 35 años. Antecedentes de HA, DM tipo 2 no insulino requiriente, dislipemia, obesidad, tabaquismo en abstinencia, hiperuricemia, enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Presentó infección fúngica (*Candida Parapsylosis* MS) asociada al orificio de salida de catéter yugular derecho por lo que recibió tratamiento antibiótico oral y se retiró dicho catéter. Buena evolución posterior, se emplaza nuevo acceso yugular izquierdo. Consulta por episodios de dolor torácico no anginoso, sin relación con el esfuerzo, sin otra sintomatología cardiovascular acompañante, sin fiebre ni clínica toxiinfecciosa, sin hipervolemia. Al examen físico, en apirexia, sin alteraciones a nivel cardiovascular ni pleuropulmonar. Se realiza ECG que evidencia ritmo sinusal, sin alteraciones en la repolarización. Analítica sanguínea sin leucocitosis ni reactantes de fase aguda.

Pruebas complementarias:

ETT evidencia HVI excéntrica, FEVI conservada, Alz y AD levemente dilatadas. VD de dimensiones normales con función conservada. En el interior de AD se observa gran masa móvil redondeada que se insinúa sobre válvula tricúspide (Figura 1)

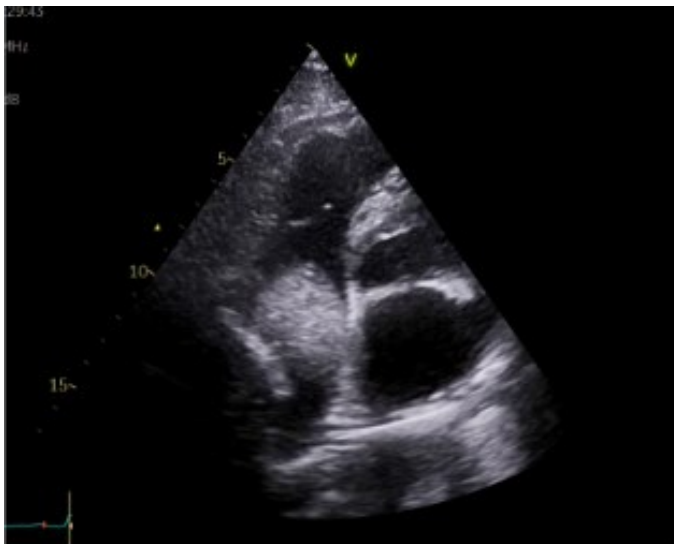


Figura 1. ETT Enfoque paraesternal eje corto de grandes vasos, se observa masa redondeada en AD.

Se complementa valoración con ETE que evidencia en el interior de AD, próximo a la desembocadura de vena cava inferior, gran masa móvil redondeada de 50x18mm, con elementos móviles adheridos, sin flujo doppler color en su interior, que se insinúa sobre válvula tricúspide generando aceleración del flujo como signo de leve obstrucción. No se observa claro pedículo de inserción (Figura 2).



Figura 2. ETE enfoque medioesofágico a 74°, masa de 50 x 18 mm en el interior de AD

Diagnóstico:

Con planteo de masa intracardíaca de gran tamaño, con signos de obstrucción sobre válvula tricúspide se decide cirugía cardíaca de urgencia. Se constata una tumoración de aspecto mixomatoso adherida sobre pedículo grueso en pared libre de AD adyacente a cava inferior. Se enuclea dicha tumoración (Figura 3). Los cultivos bacteriológicos y micológicos de la muestra resultaron negativos. La anatomía patológica informó masa integrada por fibrina, escasos eritrocitos y PMN degenerativos dispersos. Negativa para malignidad. No se reconocen microorganismos patógenos. Dado dichos hallazgos se interpreta como trombo. Presentó buena evolución en el post operatorio y se otorga alta bajo anticoagulación.

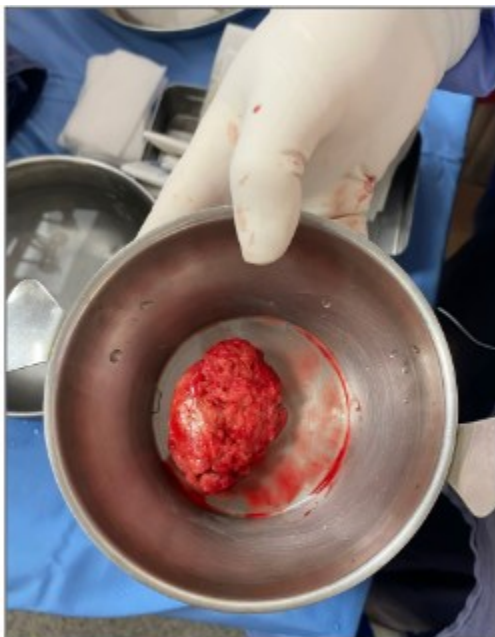


Figura 3. Aspecto macroscópico de la masa resecada

Discusión:

Las masas en AD son poco frecuentes y en su mayoría corresponden a tumores. La presencia de trombos es rara, con una frecuencia que oscila entre 0,75-2% y se asocian a situaciones que conducen a dilatación de AD, GC reducido y estasis sanguínea, como ocurre en las miocardiopatías o con catéteres intracardíacos. La mayoría se diagnostican de forma incidental en estudios de imagen. Pueden tratarse mediante cirugía, anticoagulación oral o incluso mediante fibrinólisis en casos en los que el riesgo quirúrgico es prohibitivo.