



CARTAS CIENTÍFICAS

Isquemia aguda de extremidades inferiores secundaria a mixoma cardíaco infectado. Caso clínico

Acute ischaemia of the legs secondary to infected cardiac myxoma. A clinical case

S. de Varona Frolov*, R. López Pérez y G. Volo Pérez

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria, España

Recibido el 23 de junio de 2010 aceptado el 20 de septiembre de 2010

La isquemia aguda de las extremidades inferiores es una urgencia grave, en la cual la mayoría de los casos no tratados derivan en pérdida de la extremidad afectada. Esta puede ser resultado de trombosis *in situ* o embolización, la cual se origina en el corazón en más del 90% de los casos y se aloja en las bifurcaciones arteriales debido a la disminución de calibre a ese nivel, y puede afectar a todos los territorios del árbol vascular y manifestarse como infarto cerebral, infarto de miocardio, insuficiencia renal, isquemia intestinal o isquemia de las extremidades.

Mujer de 58 años de edad, con antecedente de carcinoma de mama izquierda en 1993, tratada con cirugía, quimioterapia y radioterapia, y carcinoma de mama derecha tratada con cirugía y quimioterapia.

Acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por un cuadro febril, disminución del nivel de conciencia y dolor abdominal difuso acompañado de vómitos. La paciente refiere pérdida de 10 kg de peso y astenia de 6 meses tras cuadro de tos, febrícula y odinofagia que fue tratado con antibioterapia y analgesia.

Al ingreso, la exploración física evidencia fiebre, 40°C; frecuencia cardíaca, 99 lat/min; presión arterial,

99/50 mmHg y palidez. La auscultación cardíaca y pulmonar resultó normal. La exploración abdominal fue normal, salvo por la existencia de dolor difuso.

El laboratorio mostró leucocitosis con desviación izquierda (leucocitos, 22.300/ μ l; neutrófilos, 96,2%) y anemia (hemoglobina, 10,1 g/dl; hematocrito, 27,8%). Bioquímica sanguínea, radiografía de tórax, ecografía abdominal y electrocardiograma (ECG), normales. Se extrajeron hemocultivos en el momento de su ingreso.

Ante la sospecha clínica de endocarditis, se realiza ecocardiografía urgente que muestra una masa en aurícula izquierda, pediculada desde el septo interauricular, y diámetro de 5,4 x 1,2 cm, que protruye al ventrículo izquierdo a través de la válvula mitral y es compatible con un mixoma. El resto de la exploración era normal.

Se realizó tomografía computarizada abdominal con carácter urgente que mostró la existencia de varias imágenes hipodensas en bazo y ambos riñones que, tras los hallazgos clínicos y ecocardiográficos, se interpretaron como embolias dependientes de la masa intracardiaca.

Se inicia tratamiento antibiótico con teicoplanina, ampicilina y gentamicina, con lo que disminuye la fiebre, aunque

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: serguey79@hotmail.com (S. de Varona Frolov).

sin desaparecer, y desciende el recuento de leucocitos hasta 12.440/ μ l con el 82% de neutrófilos.

Cuarenta y ocho horas después de su ingreso, la paciente presenta dolor brusco en la extremidad inferior izquierda, acompañado de disminución de la movilidad y pérdida de sensibilidad. La exploración física vascular mostró ausencia de pulsos tibial anterior y tibial posterior en la extremidad inferior derecha y ausencia de pulsos femoral, poplíteo y distales en la extremidad inferior izquierda.

Con el diagnóstico de isquemia aguda de extremidades inferiores por siembra embólica secundaria a mixoma, se realiza aortoarteriografía de extremidades inferiores con carácter urgente; se objetivan imágenes compatibles con embolia en arteria femoral profunda derecha (fig. 1), arteria poplíteo derecha (fig. 2) y arteria ilíaca externa izquierda (fig. 3), por lo que se interviene a la paciente con carácter urgente, realizándose embolectomía transfemoral bilateral.

El material extraído se remitió para estudio histológico y microbiológico. La paciente toleró la intervención sin complicaciones y recuperó los pulsos distales en las dos extremidades, desapareciendo la sintomatología. Se realizó una ecocardiografía de control en el postoperatorio inmediato, en la que se visualizó disminución del tamaño de la masa cardíaca en unos 2 cm.

Tanto en los hemocultivos como en el material extraído de las arterias se aisló *Streptococcus oralis*. El estudio histológico de los émbolos mostró que estaban formados por acúmulos de fibrina y eosinófilos.

Veinticuatro horas después la paciente fue intervenida nuevamente, resecándose la masa intracardíaca, cuyo estudio histológico mostró el resultado de mixoma con zonas de moderada inflamación.

Un mes después de la intervención, la paciente se encuentra en perfecto estado.

Los mixomas cardíacos (MC), aun constituyendo el grupo de tumores cardíacos más frecuentes, son raros, con una incidencia del 0,0017%^{0,33%} de las series necrópsicas, y mucho más infrecuentes son los mixomas cardíacos infectados (MCI)¹, por lo que constituyen una causa muy infrecuente de isquemia aguda de las extremidades²⁻⁴ y hasta la fecha se han publicado unos 50 casos sin incluir el presente.

Una de las formas de presentación de los mixomas es la producción de fenómenos embólicos²⁻⁴, tanto cerebrales como sistémicos⁵. En un tercio de los pacientes los mixomas embolizan¹. Pero la afectación de varios territorios es poco frecuente.

La afección oral es la causa desencadenante más frecuente⁶ y el germen aislado más frecuentemente es *S. viridans*, pero se han publicado casos con *S. bovis*, *Histoplasma capsulatum*, *Enterococcus faecalis*, *Haemophilus parainfluenzae*, *S. aureus*, etc.^{1,6,7}.

La paciente del caso clínico expuesto presentó fenómenos embólicos en bazo, riñones y ambas extremidades inferiores, con evolución favorable tras tratamiento conservador de las lesiones viscerales y quirúrgico de las extremidades inferiores, con recuperación de los pulsos distales y resección de la masa cardíaca; así, al mes se encontraba asintomática.

La resección de la masa cardíaca es el único tratamiento curativo del mixoma, ya que la antibioterapia, como única



Figura 1 Imagen arteriográfica de embolia en arteria femoral profunda derecha.



Figura 2 Imagen angiográfica de embolia en arteria poplíteo derecha.

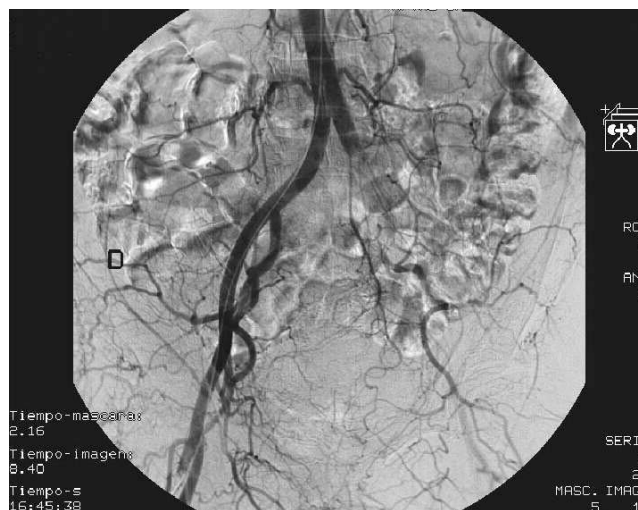


Figura 3 Arteriografía de embolia en arteria ilíaca izquierda.

forma de tratamiento, no es efectiva y expone al paciente a la embolización sistémica del tumor¹⁻¹⁰.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Revankar SG, Clark RA. Infected cardiac myxoma: Case report and literature review. *Medicine*. 1998;77:337-44.
2. Kanwar M, Almanaseer Y, Alroaini A. When catastrophe strikes – a case of atrial myxoma with distal embolization. *J Invasive Cardiol*. 2008;20:E314-5.
3. Miroslav M, Lasar D, Aleksandar M, Predrag D, Svetozar P. Rare forms of peripheral arterial embolism: review of 11 cases. *Vascular*. 2005;13:222-9.
4. Coley C, Lee KR, Steiner M, Thompson CS. Complete embolization of a left atrial myxoma resulting in acute lower extremity ischemia. *Tex Heart Inst J*. 2005;32:238-40.
5. Gabe ED, Rodríguez Correa C, Vígliano C, San Martino J, Wisner JN, González P, et al. Mixomas cardíacos: correlación anatomoclínica. *Rev Esp Cardiol*. 2002;55:505-13.
6. Uchino K, Mochida Y, Ebina T, Tobe M, Kobayashi S, Yano Y. Infected left atrial myxoma. *Internal Medicine*. 2002;41:957-60.
7. Gregory SA, O'Byrne III WT, Fan P. Infected cardiac myxoma. *Echocardiography*. 2004;21: 65-7.
8. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma (A series of 112 consecutive cases). *Medicine*. 2001;80:159-72.
9. Bjessmo S, Ivert T. Cardiac myxoma: 40 years' experience in 63 patients. *Ann Thorac Surg*. 1997;63:697-700.
10. Leone S, Dell'áquila G, Giglio S, Magliocca M, Maio P, Nigro FS, et al. Infected atrial myxoma: a rare cause of fever. *Infezioni in Medicina*. 2008;16:40-2.