

NUEVO CASO

► **¿QUÉ HARÍA USTED?**

DRES. SUAREZ RAMIREZ SHAROON / FLORES C / SALOMON C / BASSO G / SOTO L  
SERRANO E / COVELLO G / PATRIZI N / ARENAZA P / PEREZ C

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LA PLATA

Correspondencia: *ssuar16@hotmail.com*

Paciente masculino de 39 años, que ingresa por el servicio de guardia del Hospital San Juan de Dios; refiere equivalentes febriles asociado a disnea CF II de la NYHA y angor ocasional de 6 meses de evolución. Sin Antecedentes patológicos de importancia; tabaquista de un paquete día. Al examen físico se ausculta un soplo holosistólico posicional en foco mitral, resto de examen físico sin particularidades.

Estudios de laboratorio de ingreso dentro de parámetros normales, leve trombocitopenia. Electrocardiograma ritmo sinusal a 100 lpm. T negativas de v1 a v4. Radiografía de tórax: aumento de la silueta cardíaca. Eco transtorácico Fey 65% FA 36%; AI dilatada, con masa ocupante sospechosa de mixoma de gran tamaño, válvula mitral con imagen tumoral que progresa de aurícula izquierda generando pseudoestenosis grado moderado a severo.

Cavidades derechas dilatadas, válvula aortica con insuficiencia leve, válvula tricúspide con insuficiencia leve. PSVD 70mm Hg. (Figura 1 y 2).

Se impresiona como diagnóstico mixoma de aurícula izquierda. Se decide conducta quirúrgica el día 31 de marzo de 2014. Se lleva a cabo, siendo el hallazgo una formación fibroelástica de gran tamaño que ocupa toda la aurícula izquierda con planos de clivaje en *septum* interauricular y vena pulmonar superior derecha adherida a valva anterior de válvula mitral. Se realiza resección completa de tumoración y reemplazo de válvula mitral con válvula mecánica. Buena salida de CEC con bloqueo AV completo. Se colocan cables epicardios y marcapaso transitorio. (Figura 3 y 4)

La evolución postoperatoria es tórpida. Intercurre con síndrome de bajo volumen minuto, tratamiento prolongado con inotrópicos. Deterioro inicial de la función renal. No alcanza criterios para hemodiálisis durante su postoperatorio.

Persistencia de bloqueo aurícula ventricular completo por lo que se indica colocación de marcapaso definitivo bicameral. DDD.

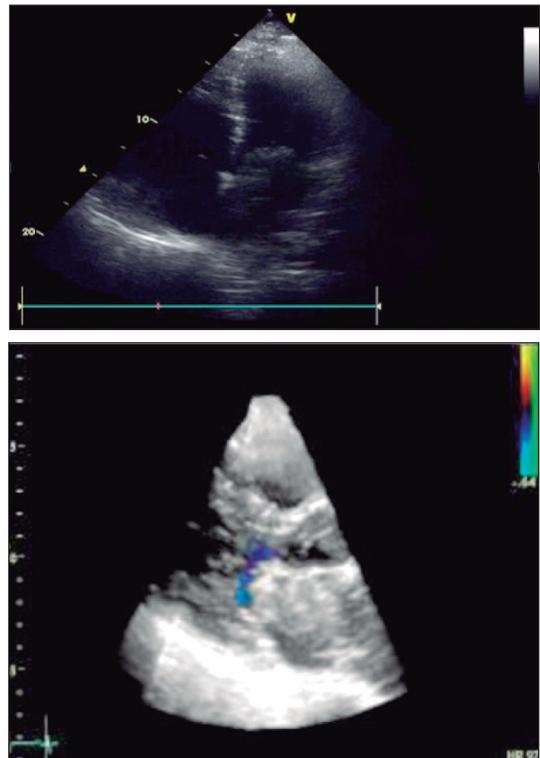


Figura 1

Evolucionando estable, persiste con picos febriles es evaluado por el servicio de infectología, su impresión diagnóstica es bacteriemia por microorganismos intrahospitalarios vs. hipertermia tumoral. Inician tratamiento empírico con vancomicina y piperacilina/tazobactam ajustada a función renal que mantienen por 10 días. A los 30 días pasa a sala general de cardiología; hemodinámicamente estable, sin signos de falla de bomba.

Durante su estancia en sala de cardiología se evidencia lesión indurada en región anterior, tercio superior de pierna izquierda.

Se le realiza un ecocardiograma Doppler transesofágico (ETE), control postoperatorio que evidencia imagen tumoral en aurícula izquierda de aproximadamente 8 cm<sup>2</sup> en ubicación similar a estudio preoperatorio y con

mismo aspecto ecogénico, provocando protrusión en prótesis mitral generando componente obstructivo severo, catéteres de marcapaso. No hay elementos que sugieren endocarditis infecciosa. (Figuras 5 y 6)



Figura 2

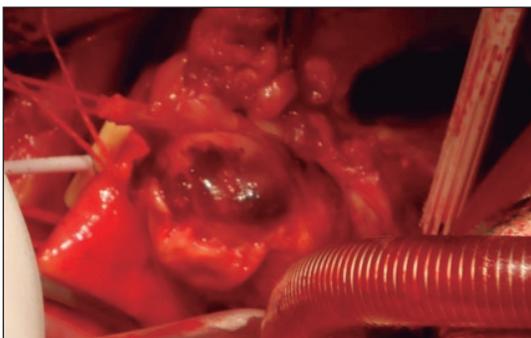


Figura 3

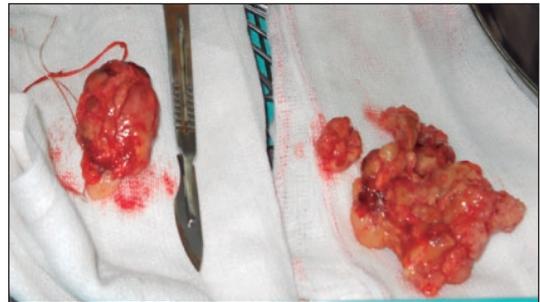


Figura 4



Figura 5

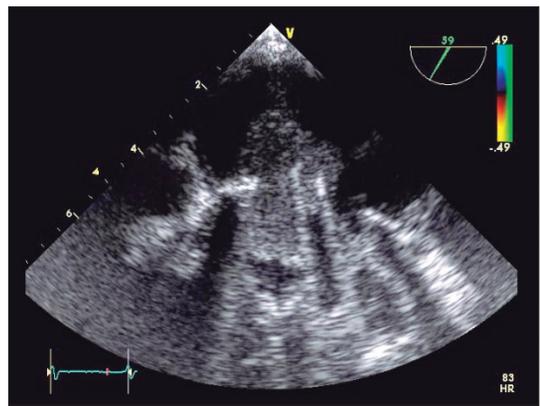


Figura 6