

CASO CLÍNICO

Lo que el corazón esconde

Marina Satorres Pérez¹, Lara Miralles Valero², Juan Jorge Peris García³, Sara Carrascosa Gonzalvo⁴, María García Bailén⁵, Domingo Orozco Beltrán⁶.

1. Médica residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), CSI El Campello.
2. Médica residente de 1^{er} año de MFyC, CSI El Campello.
3. Médico especialista en Medicina Interna, Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant.
4. Médica especialista en MFyC, CSI El Campello.
5. Médica especialista en MFyC, CSI El Campello.
6. Médico especialista en MFyC. Profesor titular de la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH). Vicerrector de investigación de la Fundación de Investigación Sanitaria y Biomédica (FISABIO). Departamento de Medicina Clínica de la UMH.

Contacto: Sara Carrascosa Gonzalvo, saracarrascosagonzalvo@hotmail.com

Citar como: Satorres Pérez M, Miralles Valero L, Peris García JJ, Carrascosa Gonzalvo S, Orozco Beltrán D, García Bailén M. *Lo que el corazón esconde*. fml. 2021; 26 (2): 4p.

Resumen

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) constituyen, en la actualidad, uno de los problemas de salud pública más importantes. Son la primera causa de invalidez permanente en personas adultas y la tercera causa de mortalidad en el mundo occidental. Un 12% de los ACV ocurren en pacientes menores de 45 años.

Introducción

Aproximadamente, el 12% de los ACV ocurren en pacientes menores de 45 años. Es fundamental un reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ACV para traslado inmediato a la Unidad de Ictus de referencia y, de este modo, valorar si se puede beneficiar de una terapia de reperfusión urgente ("tiempo es cerebro"), así como también investigar la etiología para instaurar tratamiento adecuado con el objetivo de evitar complicaciones y recidivas.

Enfermedad actual

Paciente de 35 años que presenta cuadro de instauración brusca de disminución de fuerza en hemicuerpo izquierdo, pérdida de visión en ojo derecho y desviación de comisura bucal hacia la derecha. Ante sospecha de infarto cerebral, se activa mediante el 112, CÓDIGO ICTUS, siendo el paciente trasladado al Hospital General Universitario de Alicante, donde Neurología de guardia, tras descartar ictus hemorrágico, realiza tratamiento fibrinolítico con alteplasa intravenosa.

Antecedentes personales

No reacciones adversas medicamentosas conocidas. No diabetes mellitus. Niega consumo de tóxicos. Refiere ocasionalmente en controles por Mutua de Trabajo, cifras tensionales límite (Presión arterial 140/90mmHg) y niveles de colesterol total discretamente elevados (Colesterol total = 230mg/dL). No tratamiento habitual. No antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz. Padre fallecido por cirrosis hepática. Madre con hipercolesterolemia pura. Hermano mellizo sano.

Exploración física

Presión arterial 192/112mmHg. Frecuencia cardíaca 109lpm. Glucemia 120mg/dL. Escala de ictus del NIH (NIHSS) 9 puntos.

Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. No ruidos patológicos.

Exploración neurológica: defecto pupilar aferente ojo derecho (Agudeza Visual 0.1). Hemianopsia izquierda. Paresia facial supranuclear izquierda. Resto de pares craneales conservados. Paresia miembro superior izquierdo 3/5 salvo extensores de los dedos y musculatura intrínseca 2/5. Paresia miembro inferior izquierdo 2/5. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Pruebas de coordinación y estática normales. Sedestación sin alteraciones. Deambulación autónoma sin apoyos, levemente parética. Independiente para las transferencias.

Diagnóstico diferencial

Ictus, crisis epiléptica, migraña con aura, encefalopatía hipertensiva, trastorno por conversión, lesiones ocupantes de espacio (hematomas subdurales, abscesos cerebrales, tumores primarios del sistema central y metástasis).

Pruebas complementarias

- Hemograma, bioquímica y coagulación: sin alteraciones (LDL 116mg/dL). Folato, vitamina B12 y perfil tiroideo dentro de la normalidad.
- Serología de virus neurotrópicos y hepatotrópicos: negativa
- Pruebas de autoinmunidad: negativas
- Estudio de hipercoagulabilidad: negativo
- ECG: ritmo sinusal a 120lpm. Bloqueo incompleto de rama derecha. No alteraciones de la repolarización ni signos de isquemia aguda.

- HOLTER ECG 24 horas: no se visualizan arritmias paroxísticas que favorezcan tromboembolismo
- Neurosonología: arteria carótida interna derecha presenta engrosamiento intimal con formación de placa de ateroma heterogénea a nivel proximal. Resto sin estenosis ni alteraciones
- RMN Cerebral: múltiples lesiones isquémicas agudas que afectan al territorio de la arteria cerebral media derecha. Lesiones isquémicas lacunares crónicas en ambos hemisferios cerebrales.

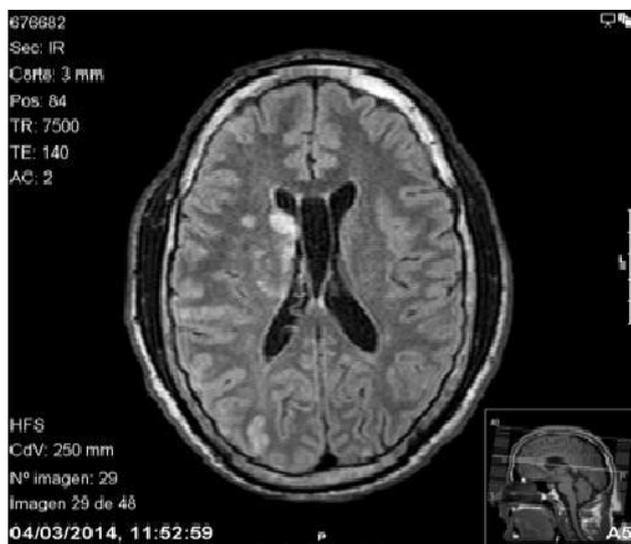


Figura 1. RMN Cerebral.

- Angioresonancia magnética: sin alteraciones
- Ecocardiografía: fracción de eyección del ventrículo izquierdo 65%. Aurícula izquierda no dilatada. Válvulas morfológica y funcionalmente normales. No derrame pericárdico. Se observa imagen esferoidea en zona del septo interauricular de 2.5x1.5cm compatible con mixoma versus trombo auricular.



Figura 2. Ecocardiografía (I).

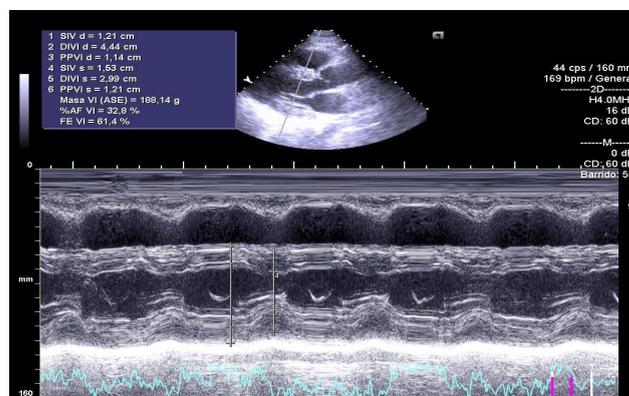


Figura 3. Ecocardiografía (II).

- Exploración oftalmológica: oclusión de la arteria central de la retina, destrucción foveal con desgarro retiniano, edema de papila. Isquemia generalizada, émbolos arteriales, hemorragias en llamas. Agudeza visual ojo derecho 0.1, ojo izquierdo 0.9. PIO ojo derecho 16, ojo izquierdo 18. MOES sin alteraciones.
- Resonancia cardíaca: tumoración intracardiaca en aurícula izquierda dependiente de septo interauricular de 21x15mm que sugiere mixoma como primera posibilidad diagnóstica.

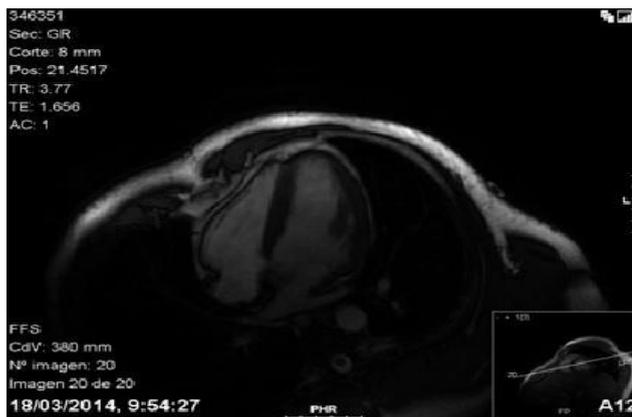


Figura 4. Resonancia cardíaca.

Diagnóstico

Infartos isquémicos múltiples bilaterales de origen cardioembólico secundarios a mixoma auricular.

Discusión

El mixoma auricular es una infrecuente causa de ictus tromboembólico que debe sospecharse ante la aparición de déficit neurológico en paciente joven sin factores de riesgo asociados. La ecocardiografía es la prueba diagnóstica de elección y se trata con trombolisis o trombectomía si ésta no fuese efectiva. En nuestro paciente, ante la posibilidad de fragmentación y embolización, se contactó con Cirugía cardíaca que decidió intervención de urgencia con resección tumoral tras atriotomía.

El paciente finalizó tratamiento rehabilitador con mejoría progresiva de la fuerza de la musculatura antigravitatoria del hemicuerpo izquierdo, extensores de los dedos y musculatura intrínseca de la mano izquierda, reeducación del equilibrio, apoyo monopodal y marcha en todo tipo de terreno con lo que ha podido reincorporarse a su trabajo

habitual como reponedor en supermercado. Desafortunadamente, no ha recuperado la visión del ojo derecho. Las cifras de presión arterial se encuentran controladas con ramipril 10mg y presenta LDL en objetivo de control con atorvastatina 20mg.

En Atención Primaria tenemos un papel fundamental en la detección del mixoma cardíaco debido a que, con frecuencia, están infradiagnosticados ante la falta de síntomas específicos. En pacientes jóvenes y sanos, el mixoma cardíaco debe considerarse en el diagnóstico diferencial ante la aparición de insuficiencia cardíaca congestiva, infarto agudo de miocardio, hemoptisis, cianosis transitoria, síncope, disnea, síntomas neurológicos, arritmias o embolia arterial periférica.

Bibliografía

1. Sohal RS, Shergill KK, Nagi GS, Pillai HJ. Atrial myxoma - an unusual cause of ischemic stroke in young. *Autops Case Rep* [Internet]. 2020; 10(4): e2020178.
2. Osorio Niño A, Calderón Ramírez LA, Aldana Leal JC, Moreano Ortiz S, Gilon Córdoba L. Brain manifestations secondary to auricular myxoma. *Radiol Case Rep*. Nov 2020; 15(11): 2371-2374.
3. Karabinis A, Samanidis G, Khoury M, Stavridis G, Perreas K. Clinical presentation and treatment of cardiac myxoma in 153 patients. *Medicine*. Nov 2018: 97:37.