



De la aurícula al cerebro

Sabrina Urquiza⁽¹⁾, Julieta Delmonti⁽¹⁾, Mailén Gentili⁽²⁾, Agustín Llanos⁽¹⁾

⁽¹⁾ Médico/a Residente del Servicio de Cardiología

⁽²⁾ Médico Especialista en Cardiología

Instituto Cardiovascular de Rosario – Bv. Oroño 450, (2000) Rosario, Argentina

Correspondencia a: sabri-urquiza@hotmail.com

Fecha de publicación: 9/3/2026

Citación sugerida: Urquiza S, Delmonti J, Gentili M y col. De la aurícula al cerebro. Anuario (Fund. Dr. J. R. Villavicencio) 2026;33. Disponible en: <https://villavicencio.org.ar/anuario/33/de-la-auricula.pdf>.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>), esto permite que Ud. lo comparta, lo copie y lo redistribuya, sin propósitos comerciales, siempre que se cite correctamente el trabajo original. Si crea un nuevo material con él, no podrá distribuir el material modificado.

Resumen

El mixoma constituye alrededor del 50 % de todos los tumores cardíacos benignos en el adulto. La mayoría se localiza en las aurículas, se presenta entre los 40-60 años y con predominancia en el sexo femenino. Se presenta el caso de una paciente femenina de 62 años que presentó un accidente cerebrovascular isquémico cardioembólico, en quien se identificó un mixoma auricular izquierdo. Durante la internación, ante la imposibilidad de cirugía inmediata, se inició anticoagulación, evolucionando con accidente cerebrovascular isquémico con transformación hemorrágica, por lo que se suspendió la anticoagulación y se postergó la resolución quirúrgica. Posteriormente se realizó la resección quirúrgica del mixoma con evolución satisfactoria. La decisión de iniciar anticoagulación en estos pacientes es individualizada y la solución definitiva radica en la extirpación quirúrgica del tumor.

Palabras clave

Mixoma, accidente cerebrovascular, tumor cardíaco.

Título en inglés

From the Atrium to the Brain

Abstract

Myxoma accounts for approximately 50% of all benign cardiac tumors in adults. Most are located in the atria, occur between the ages of 40 and 60, and are more prevalent in women. We present the case of a 62-year-old female patient who presented with a cardioembolic ischemic stroke, in whom a left atrial myxoma was identified. During hospitalization, given the impossibility of immediate surgery, anticoagulation was initiated, evolving into an ischemic stroke with hemorrhagic transformation, for which anticoagulation was discontinued and surgical resolution was postponed. Subsequently, surgical resection of the myxoma was performed with satisfactory results. The decision to initiate anticoagulation in these patients is individualized, and the definitive solution lies in surgical removal of the tumor.

Keywords

Myxoma, stroke, cardiac tumor.

Introducción

Los tumores cardíacos son entidades poco frecuentes y se clasifican en dos grandes grupos: metastásicos, que representan entre el 10 % y el 20 % de los casos, y primarios, cuya incidencia es de aproximadamente 0,002 %. Dentro de los tumores cardíacos primarios, se estima que el 75 % son benignos, siendo los más comunes los mixomas, rabdomiomas, fibromas y lipomas.¹

El mixoma constituye alrededor del 50 % de todos los tumores cardíacos benignos en el adulto. La mayoría se localiza en las aurículas, siendo de tres a cuatro veces más frecuente en la aurícula izquierda. Su incidencia alcanza su máximo entre los 40 y 60 años, con predominancia en el sexo femenino.¹

Generalmente se presentan de forma asintomática y pueden ser hallados incidentalmente en estudios ecocardiográficos de rutina. Algunos pueden debutar con síntomas de insuficiencia cardíaca, síncope debido a la obstrucción de la válvula mitral o con fenómenos embólicos, siendo el accidente cerebrovascular una de las manifestaciones más comunes. Por esta razón, el tratamiento del mixoma es siempre quirúrgico, independientemente de su benignidad histológica.²

Objetivos



Presentación del caso clínico de una paciente que cursó internación en Instituto Cardiovascular de Rosario por accidente cerebrovascular isquémico como manifestación de mixoma auricular izquierdo.

Presentación del caso

Paciente de 62 años de edad consultó en nuestra institución por hemiparesia braquial izquierda de 40 minutos de duración, de resolución espontánea, sin secuelas neurológicas. Como factor de riesgo cardiovascular fue tabaquista, no presentó otros antecedentes de jerarquía. Durante el examen físico se encontró normotensa, afebril, lúcida, vigil, globalmente orientada en tiempo y espacio, sin foco motor ni sensitivo aparente, el resto del examen no presentó particularidades. En el electrocardiograma del ingreso se evidenció en ritmo sinusal, sin signos de isquemia. Se realizó interconsulta con el servicio de neurología que solicitó una tomografía de cráneo sin contraste, la cual no presentó lesiones isquémicas ni hemorrágicas agudas. Posteriormente, se realizó una resonancia magnética de cráneo con contraste que evidenció múltiples imágenes puntiformes vasculares de instalación reciente occipital cortical derecha, paraventricular y caudada derecha y en regiones corticales fronto-parietal derecha.

Se interpretó el cuadro como accidente cerebrovascular isquémico con sospecha de etiología cardioembólica, se continuó evaluación mediante Holter de 24 horas que no evidenció arritmias y un ecocardiograma Doppler que informó en el techo de la aurícula izquierda una imagen ecodensa y móvil (Figura 1). Ante dichos hallazgos se solicitó una resonancia magnética cardíaca, donde se observó una masa ocupante de espacio redondeada y móvil en la aurícula izquierda de 21 milímetros (mm) de diámetro máximo, adherida al *septum* interauricular. La misma se comportó hiperintensa en secuencias potenciadas en T2, con captación heterogénea de contraste endovenoso, imágenes compatibles con mixoma auricular izquierdo (Figura 2).

Por lo anteriormente mencionado se realizó interconsulta con el servicio de cirugía cardiovascular, que indicó resolución quirúrgica de la masa tumoral, ante la imposibilidad de realizar cirugía de forma inmediata el servicio de neurología decidió anticoagulación con enoxaparina subcutánea.

La paciente cursó internación en sala de cuidados generales a la espera de cirugía cardiovascular y evolucionó 48 horas posteriores al inicio la anticoagulación con hemiplejía braquiocrural izquierda y disartria, por lo que se evaluó mediante resonancia magnética con contraste que evidenció una lesión vascular hemorrágica fronto-parietal derecha con signos de hemorragia subaracnoidea de 40 mm transversal x 58 mm anteroposterior x 39 mm de altura (Figura 3). Se interpretó el cuadro como accidente cerebrovascular isquémico con transformación hemorrágica y se decidió suspender anticoagulación, iniciar corticoterapia endovenosa y postergar la resolución quirúrgica.

La paciente cursó durante un mes neurorehabilitación en centro especializado, posteriormente acudió a nuestra institución para realizar cirugía de resección de mixoma auricular. Fue evaluada de forma prequirúrgica mediante cinecoronariografía que no evidenció lesiones coronarias angiográficamente significativas y tomografía de cráneo con contraste que informó reabsorción de la lesión hemorrágica fronto -parietal cortico subcortical derecha, de 28 mm x 21 mm x 18 mm asociado a edema perilesional con borramientos de surcos adyacentes, con disminución del efecto de masa sobre el ventrículo lateral homolateral y reducción del desplazamiento de línea media en sentido contralateral.

Se realizó cirugía de resección de masa tumoral, evolucionó de forma satisfactoria en el postoperatorio, se evaluó posteriormente mediante ecocardiograma Doppler, el cual no evidenció restos de tumor en aurícula izquierda ni complicaciones postquirúrgicas. La paciente recibió el alta médica 5 días posteriores a la cirugía.

Discusión

El tiempo de inicio de la anticoagulación en pacientes con accidente cerebrovascular de etiología cardioembólica es controvertido y más aún si el origen de la cardioembolia es el mixoma auricular. Si bien existe consenso sobre la necesidad de anticoagulación para prevenir la recurrencia de un evento cardioembólico y se conoce el riesgo de transformación hemorrágica, no hay evidencia suficiente sobre el momento oportuno para el inicio de la misma en estos pacientes.

La única recomendación de expertos es "la regla del 1-2-6-12" que propone la European Heart Rhythm Association, iniciando la anticoagulación en el primer día en el caso del accidente isquémico transitorio, el segundo día en el accidente cerebrovascular no incapacitante, sexto día en accidente cerebrovascular moderados y a los 12 días o más en accidente cerebrovascular extensos.²

En el caso de los mixomas auriculares pueden provocar accidentes cerebrovasculares embólicos al liberar fragmentos del tumor o formando coágulos por el flujo turbulento de la aurícula que puedan migrar. Por lo general no se recomienda la anticoagulación de rutina en estos casos, ya que el tratamiento definitivo es la resección quirúrgica. Sin embargo, esta puede considerarse en pacientes que presenten alto riesgo de recurrencia de accidentes cerebrovasculares mientras se planifica la cirugía o en presencia de fibrilación auricular.³

La anticoagulación puede reducir el riesgo de nuevos eventos embólicos, pero también conlleva el riesgo de hemorragia, especialmente en el contexto de un accidente cerebrovascular, como ocurrió en este caso. Por lo tanto, la decisión debe ser individualizada según cada paciente.

Conclusiones

La decisión de iniciar anticoagulación en pacientes con accidentes cerebrovasculares cardioembólicos secundarios a un mixoma auricular es individualizada según el criterio del neurólogo tratante y a los elementos clínicos presentes en cada caso. No obstante, la solución definitiva a esta problemática radica en la extirpación quirúrgica del tumor. Esta intervención no solo aborda la etiología subyacente del accidente cerebrovascular, sino que también reduce el riesgo de recurrencia de eventos isquémicos relacionados. Parece necesario realizar investigaciones que tengan como finalidad describir los tiempos de comienzo de anticoagulación en estos pacientes.

Conflicto de intereses



Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Servicio de diagnóstico por imágenes, neurología, cirugía cardiovascular, rehabilitación cardiovascular, unidad coronaria general y sala de cuidados generales de Instituto Cardiovascular de Rosario.

Figuras

Figura 1: Imagen ecodensa y móvil en techo auricular

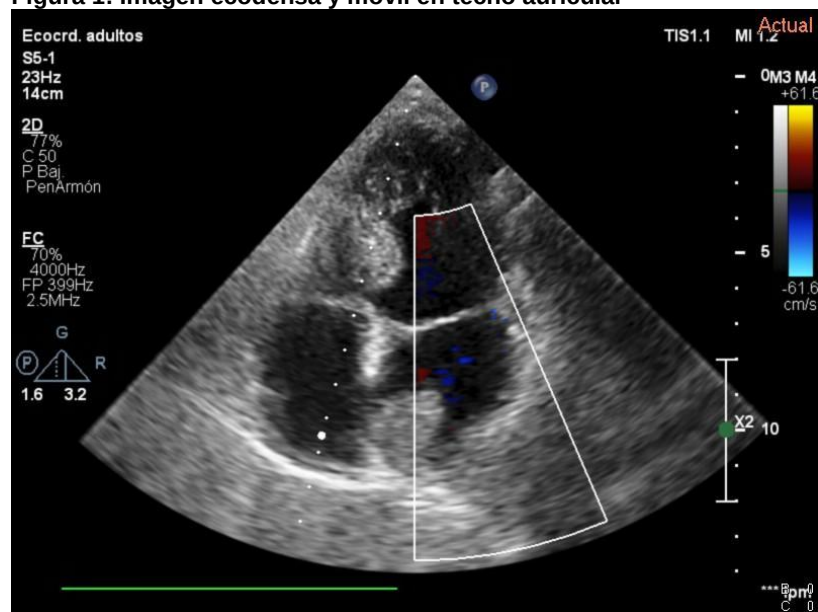


Imagen ecodensa y móvil visualizada en ecocardiograma doppler color.

Figura 2: Mixoma auricular izquierdo visualizado en resonancia magnética cardíaca

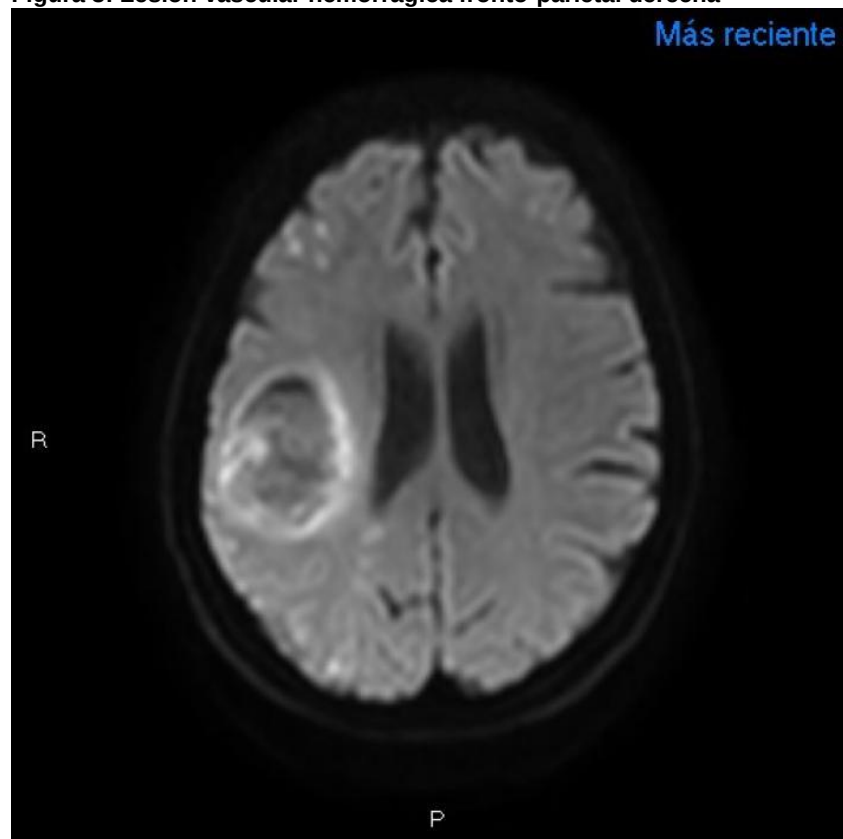


Se observa masa ocupante de espacio redondeada y móvil en aurícula izquierda, adherida a septum interauricular,



comportamiento hiperintenso en secuencias potenciadas en T2, con captación homogénea de contraste, imagen compatible con mixoma auricular izquierdo.

Figura 3: Lesión vascular hemorrágica fronto-parietal derecha



En esta imagen de resonancia magnética de cráneo con contraste se evidencia una lesión vascular hemorrágica fronto-parietal derecha con signos de hemorragia subaracnoidea.

Bibliografía

1. Braunwald E, Bonow R, Libby P, y col. Braunwald's Cardiología. 6ª ed. España:Marban;2005.
2. Pigretti SG, Alet MJ, Mamani CE, y col. Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo. Med (B Aires) . 2019;79:1-46. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/PMID/31116699.pdf>
3. Bres Bullrich M, Da Prat G, Aldinio V, y col. Inicio de anticoagulación posterior al ataque cerebrovascular isquémico de etiología cardioembólica según los neurólogos de Argentina. Neurol Arg. 2018;10:79-87. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-inicio-anticoagulacion-posterior-al-ataque-S1853002818300235>