

Stenosi mitralica severa causata da mixoma atriale sinistro gigante

Gabriel Pérez Baztarrica, Flavio Salvaggio, Rafael Porcile

Dipartimento di Cardiologia, Ospedale de la Universidad Abierta Interamericana, Dipartimento di Fisiologia, Facoltà di Medicina, Buenos Aires, Argentina

G Ital Cardiol

Un uomo di 54 anni giungeva alla nostra attenzione dopo un ricovero in altra sede per un episodio di edema polmonare acuto. In anamnesi veniva segnalata dispnea da sforzo nei 3 mesi antecedenti l'evento acuto ed anemia normocromica normocitica. All'ingresso era presente una frequenza cardiaca di 100 b/min con una pressione arteriosa di 140/90 mmHg. All'esame obiettivo veniva rilevata un'accentuazione del primo e del secondo tono, un soffio diastolico 2/6 secondo Levine con rinforzo presistolico sul focolaio della punta, reperti che variavano significativamente di intensità con i cambiamenti di postura; presenti anche fini crepitii nei campi polmonari basali. Gli esami di laboratorio confermavano l'anemia normocromica normocitica (emoglobina 9 g/dl). Veniva quindi eseguito

un ecocardiogramma transtoracico che evidenziava in atrio sinistro una gigantesca massa pedunculata, mobile, con base di impianto sul setto interatriale, che prolassava in ventricolo sinistro durante la diastole determinando un'ostruzione funzionale della valvola mitrale con un gradiente medio diastolico di 12 mmHg (Figura 1A-C). I dati obiettivi ed ecocardiografici erano compatibili con una diagnosi di mixoma. È stata quindi posta indicazione ad intervento cardiocirurgico ed eseguita con successo l'exeresi chirurgica della neoformazione e la chiusura del difetto del setto interatriale con un *patch* di pericardio bovino (Figura 1D). L'esame istologico ha poi confermato la diagnosi di mixoma. Dopo un episodio di fibrillazione atriale parossistica nel postoperatorio precoce, il paziente è stato di-

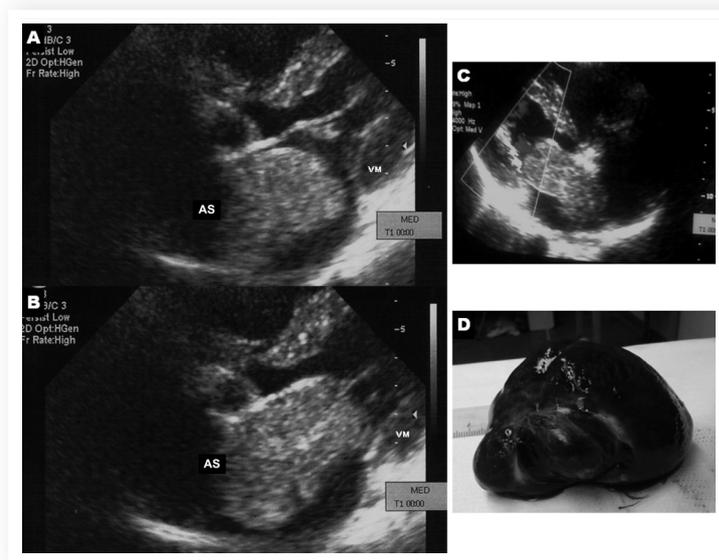


Figura 1. Ecocardiogramma transtoracico (sezione parasternale asse lungo): mixoma atriale sinistro prolassante in diastole attraverso l'orifizio mitralico (A), più evidente durante la sistole atriale (B, C), determinante una severa stenosi mitralica funzionale. Fotografia del tumore cardiaco asportato (D). AS, atrio sinistro; VM, valvola mitrale.

© 2011 Il Pensiero Scientifico Editore

Ricevuto 16.09.2011; accettato 04.10.2011.

Gli autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

Per la corrispondenza:

Dr. Gabriel Pérez Baztarrica Portela 2975, 1437 Buenos Aires,

Argentina

e-mail: gpbaztarrica@yahoo.com

messo in buone condizioni cliniche in quinta giornata dopo l'intervento chirurgico.

Il mixoma dell'atrio sinistro rappresenta il più frequente tumore benigno primitivo del cuore. La presentazione clinica del mixoma è molto variabile. In alcuni casi il decorso è asintomatico, ma nella maggior parte dei pazienti sono presenti uno o più segni appartenenti alla classica triade di manifestazioni caratterizzata da sintomi costituzionali (astenia, febbre, calo ponderale), ostruzione intracardiaca ed eventi embolici¹. A seconda della sede di origine e delle dimensioni, il mixoma atriale sinistro può simulare una patologia valvolare mitralica, in prevalenza una stenosi mitralica funzionale da lieve a severa a seconda del vario grado di impegno della massa tumorale nell'orifizio valvolare mitralico²⁻⁵.

In contrasto con la stenosi mitralica strutturale, la mobilità e le dimensioni del mixoma atriale sinistro determinano un'ampia variabilità di sintomi cardiaci: da episodi parossistici di dispnea e sincope in concomitanza con i cambiamenti posturali fino a quadri di scompenso cardiaco e morte improvvisa da completa ostruzione dell'orifizio valvolare. Anche i reperti auscultatori possono variare di volta in volta con i cambiamenti posturali, come nel caso da noi presentato. Questa ampia variabilità di sintomi e di segni clinici ha sempre reso problematica la diagnosi di mixoma, ma oggi le tecniche ecocardiografi-

che consentono un'accurata definizione diagnostica di queste neoformazioni intracardiache, che, seppur istologicamente benigne, possono essere causa di temibili complicanze. La resezione chirurgica del mixoma, a prescindere dalle dimensioni e dalla sintomatologia, rappresenta l'unica opzione terapeutica efficace e sicura, con una bassa incidenza di complicanze e di mortalità perioperatoria³⁻⁵.

BIBLIOGRAFIA

1. Keeling IM, Oberwalder P, Anelli-Monti M, et al. Cardiac myxomas: 24 years of experience in 49 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;22:971-7.
2. Panidis IP, Mintz GS, McAllister M. Hemodynamic consequences of left atrial myxomas as assessed by Doppler ultrasound. *Am Heart J* 1986;111:927-31.
3. Gonzalez-Juanatey C, Regueiro-Abel M, Lopez-Agreda H, Peña-Martínez F, Gonzalez-Gay M. Giant left atrial myxoma mimicking severe mitral valve stenosis. *Int J Cardiol* 2008;127:e110-e112.
4. Parisis JT, Zezas S, Sfiras N, Kastellanos S. An atypical left atrial myxoma causing intracavitary pressure gradient and typical diastolic transmitral flow of severe mitral stenosis. *Int J Cardiol* 2005;102:165-7.
5. Gabe ED, Rodríguez Correa C, Vigliano C, et al. Cardiac myxoma. Clinical-pathological correlation. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:505-13.