

Mixoma auricular como causa de oclusión de arteria central de la retina y amaurosis fugax contralateral simultáneas

M.J. Gómez-Maestra¹
P. Alcocer Yuste¹
E. España Gregori^{2,3}
J. Aviñó Martínez²
S. Peña¹

¹Licenciado en Medicina y Cirugía
²Doctor en Medicina y Cirugía.
³Departamento de Óptica. Universidad de Valencia.
Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario La Fe. Valencia

Correspondencia:
María J. Gómez-Maestra
Padre Fernando Casanova
Benlloch, 8, puerta 33
46015 Valencia
E-mail: yesigomezmaestra@hotmail.com

Resumen

Caso clínico: Describimos el caso de un hombre de 53 años que presentó una obstrucción de la arteria central de la retina en el ojo izquierdo y un episodio de amaurosis fugax en el ojo derecho simultáneamente y al que se le diagnosticó un mixoma auricular.

Discusión: Deben realizarse exámenes cardiovasculares en los pacientes que presentan embolias retinianas, incluyendo ecocardiografía transtorácica y transesofágica para realizar el diagnóstico y tratamiento de pequeñas lesiones valvulares o cardíacas. Estas lesiones pueden provocar otros episodios embólicos como un ictus o muerte súbita.

Resum

Cas clínic: Describem el cas d'un home de 53 anys que va presentar una obstrucció a la artèria central de la retina de l'ull esquerre i un episodi d'amaurosi figax a l'ull dret simultàniament, amb el diagnòstic de mixoma auricular.

Discussió: Han de fer-se proves cardiovasculars als pacients que presenten embòlies retinianes, incloent-hi ecocardiografia transtoràcica i transesofàgica per fer el diagnòstic i tractament de les petites lesions valvulars o cardíacques. Aquestes lesions poden provocar d'altres episodis embòlics com un ictus o la mort súbita.

Summary

Case report: We describe the case of a man who suffered simultaneously a central retinal artery occlusion in one eye and amaurosis fugax in the other one and who was found to have an atrial myxoma.

Discussion: Cardiovascular examinations must be made in the patients who present retinal embolias including transthoracic and transesophageal echocardiogram to diagnose and treat small valvulopathies or cardiac lesions. These lesions are a potential cause of other embolic events, including stroke and sudden death.

Introducción

La obstrucción de la arteria central de la retina (OACR) es una emergencia oftalmológica que provoca una pérdida visual súbita y devastadora. Los pacientes con OACR normalmente presentan serias enfermedades sistémicas que pueden amenazar la vida.

Existen múltiples mecanismos que pueden causar una obstrucción arterial en la retina, como embolias, trombosis, vasculitis y vasoespasmos¹. El embolismo es mucho más frecuente que la trombosis como causa de OACR². Los émbolos proceden de las placas ateroscleróticas ulceradas o trombos carotídeos y del corazón. Describimos el caso de un paciente que presentó una clínica bilateral simultánea de OACR en

un ojo y de amaurosis fugax en el otro como primera manifestación de un mixoma auricular.

Caso clínico

Varón de 58 años de edad que acude a urgencias por presentar hace 2 horas un episodio de pérdida brusca e indolora de visión bilateral, con recuperación completa en el ojo derecho.

Como antecedentes personales presenta hipertensión, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, ser fumador y apnea obstructiva del sueño. Hace 20 años sufrió un traumatismo craneoencefálico con hematoma intracraneal que le provocó una neuropatía óptica traumática en el ojo derecho.

A la exploración oftalmológica presenta una AV en OD de 0,6 y en el OI percibe y proyecta luz. Presenta un defecto pupilar aferente absoluto en el OI. La exploración del polo anterior no muestra alteraciones. Durante la exploración del fondo ocular mediante oftalmoscopia indirecta se observa un blanqueamiento de la retina, una “mancha rojo cereza” en la mácula, atenuación arterial y venosa y segmentación de la columna sanguínea en el OI (Figuras 1 y 2). El paciente es diagnosticado de una obstrucción de la arteria central de la retina. Se realizan paracentesis de cámara anterior y masaje ocular de forma inmediata y se pautan fármacos que disminuyan la presión intraocular: β -bloqueante tópico (timolol 0,5%) y acetazolamida 500 mg vía oral sin lograr mejoría del cuadro. En el OD se observa una leve palidez de la papila, debido a la neuropatía óptica traumática que presentó hace 20 años (Figura 3).

El paciente es ingresado y se solicitan las siguientes pruebas: bioquímica y hemograma completos, incluyendo la velocidad de sedimentación globular, anticuerpos antifosfolípido, proteínas C y S, antitrombina III; electrocardiograma, angio-RMN (polígono de Willis y troncos supraaórticos) y un ecocardiograma transtorácico. Los resultados de todos los estudios fueron normales, excepto la ecocardiografía transtorácica que mostraba una masa en la aurícula izquierda. A continuación se realizó una ecocardiografía transesofágica en la que se observó una masa con excrecencias que parecía estar anclada en el septo auricular cerca de la cara anterior auricular muy sugerente de un mixoma (Figura 4).

Una semana después de realizar el diagnóstico de mixoma auricular el paciente fue intervenido



Figura 1.
Imagen de obstrucción de la arteria central de la retina en el OI. Se observan isquemia de la retina con blanqueamiento de la misma y una imagen de “mancha rojo cereza” en la mácula

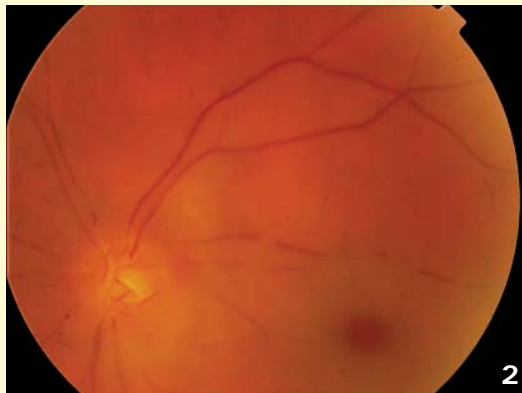


Figura 2.
Obstrucción de la arteria central de la retina en el OI. Se aprecian la atenuación arterial y venosa y la segmentación de la columna sanguínea

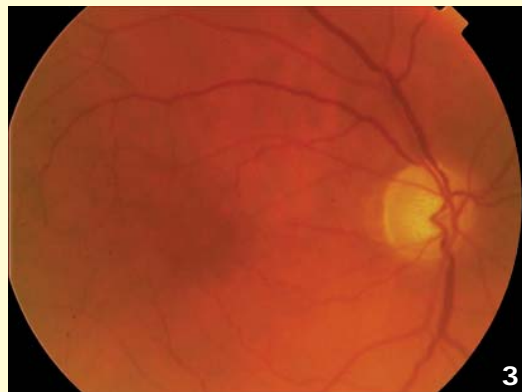
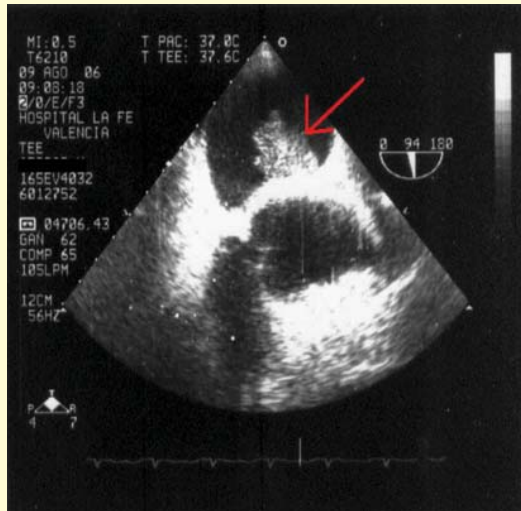


Figura 3.
En el OD se observa una ligera palidez de la papila debido a que sufrió una neuropatía óptica traumática 20 años antes

confirmándose anatomopatológicamente el diagnóstico de mixoma auricular.

Un mes después de la intervención la agudeza visual permanece sin cambios (OD: 0,6 y OI: percibe luz).

Figura 4.
En el ecocardiograma tranesofágico se observa una masa móvil con múltiples excrescencias y focos hiperecoicos e hipoeoicos. La masa parece estar anclada a la parte más baja del septo interauricular sin producir afectación del aparato valvular



Discusión

Debería realizarse en los pacientes que sufren una OACR un estudio cerebrovascular y cardiovascular completo pues el embolismo es la causa más frecuente de OACR². En nuestro paciente se sospechó un posible foco cardíaco como fuente del embolismo, ya que presentó una clínica simultánea bilateral de pérdida de visión. A pesar de ello se descartó el origen carotídeo de los émbolos tras realizar una angio-RMN de troncos supraaórticos.

Casi la mitad de los pacientes con oclusión arterial retiniana aguda presentarán alteraciones ecocardiográficas y un 10% precisarán intervención (tanto anticoagulación como cirugía cardíaca)³. Las causas de embolismo cardíaco son enfermedades reumatólogicas, prolapso de la válvula mitral, valvulopatía, arritmias, endocarditis bacteriana subaguda y tumores cardíacos como el mixoma auricular o el fibroelastoma papilar⁴. Los exámenes cardiovasculares deben incluir una ecocardiografía transtorácica y transesofágica para realizar el diagnóstico y tratamiento de pequeñas lesiones valvulares o cardíacas. Hayreh⁵ afirma que la ausencia de alteraciones en la ecocardiografía

transtorácica no permite descartar el corazón como la fuente de microembolismos, debido a que su resolución no presenta una sensibilidad suficiente para detectar pequeñas lesiones valvulares o cardíacas.

El mixoma auricular supone la tumoración cardíaca más frecuente⁶. Casi el 70% de los pacientes con mixomas en la aurícula izquierda refiere sintomatología cardíaca, sobre todo insuficiencia cardíaca y síncope. La sintomatología cardíaca suele corresponder a un mixoma de mediano-gran tamaño, y son los de pequeño tamaño los que más se relacionan con embolismos sistémicos. Las embolias afectan al 30% de los pacientes y pueden tener las más diversas localizaciones. La localización cercana al septo auricular es muy típica y no se suele corresponder con la formación de un coágulo o trombo.

El diagnóstico precoz del mixoma auricular es de gran importancia en este caso pues podrían producirse otros episodios de embolismo potencialmente severos como un infarto cerebral.

Bibliografía

1. Reven CM, Slusher MM, Weaver RG. Retinal arterial occlusions in young adults. *Am J Ophthalmol* 1995;120:776-83.
2. Hayreh SS, Zimmerman MB. Central retinal artery occlusion: visual outcome. *Am J Ophthalmol* 2005;140:376-91.
3. Sharma S, Naqvi A, Sharma SM, *et al.*, for the Retinal Emboli of Cardiac Origin Study Group: Transthoracic echocardiographic findings in patients with acute retinal arterial obstruction: a retrospective review. *Arch Ophthalmol* 1996;114:1189-92.
4. López-Sánchez E, Muñoz EF, Avino Martínez JA, Menezo Rozalen JL. Central retinal artery occlusions as the initial sign of aortic valve papillary fibroelastoma. *Am J Ophthalmol* 2001;131:667-9.
5. Hayreh SS. Prevalente misconceptions about acute retinal vascular occlusive disorders. *Prog Retin Eye Res* 2005;24:493-519.
6. Reynen K. Cardiac myxomas. *N Engl J Med* 1995;333:1610-7.