

Tromboembolismo pulmonar bilateral y masa intracardiaca: más allá de un trombo

Bilateral Pulmonary Thromboembolism and Intracardiac Mass: Beyond a Thrombus

RESUMEN

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) constituye una entidad potencialmente mortal, producida habitualmente por la migración de material trombótico procedente del sistema venoso profundo hacia la circulación arterial pulmonar. Varón de 31 años, sin antecedentes relevantes, con un mes de dolor torácico derecho, tos seca, astenia y disnea progresiva. Tres días antes del ingreso, presentó hemoptisis de 30 mL/día. Estaba hemodinámicamente estable: frecuencia cardíaca 102 latidos/min, frecuencia respiratoria 22 respiraciones/min y saturación 91 % al aire ambiente. La TEM de tórax sin contraste mostró consolidaciones bilaterales de predominio apical derecho, leve derrame pleural derecho, adenopatías mediastínicas reactivas y calcificaciones a nivel de la válvula auriculoventricular derecha. **Conclusión:** La revisión anatomopatológica en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas confirmó mixoma cardíaco con necrosis y calcificación distrófica, sin malignidad.

Palabras clave: myxoma, paciente, tromboembolismo

ABSTRACT

Introduction: Pulmonary thromboembolism (PTE) is a potentially fatal condition, usually caused by the migration of thrombotic material from the deep venous system to the pulmonary arterial circulation. A 31-year-old male, with no relevant medical history, presented with a one-month history of right chest pain, dry cough, asthenia, and progressive dyspnea. Three days prior to admission, he experienced hemoptysis of 30 mL/day. He was hemodynamically stable: heart rate 102 beats/min, respiratory rate 22 breaths/min, and oxygen saturation 91% on room air. A non-contrast chest CT scan showed bilateral consolidations, predominantly in the apex, a small right pleural effusion, reactive mediastinal lymphadenopathy, and calcifications at the level of the right atrioventricular valve. **Conclusion:** The histopathological review at the National Institute of Neoplastic Diseases confirmed a right cardiac myxoma with necrosis and dystrophic calcification, without malignancy.

Keywords: myxoma, thromboembolie, paciente

Flor de Maria Armejo Ticona (1a)
orcid.org/0009-0004-7773-0463

Cesar Gallardo Recavarren (1a)
orcid.org/0000-0003-1590-4865

Edwin Condori Vargas (1a)
orcid.org/0000-0003-3709-8307

1- Hospital Hipólito Unanue de Tacna
a- Residente de Neumología

Financiamiento Autofinanciado
Conflictos de interés Ninguno
Correspondencia
armejof03@gmail.com

Fecha de envío: 01 de septiembre de 2026
Fecha de aceptación: 11 de septiembre de 2026
Fecha de publicación: 02 de octubre de 2026



Esta obra tiene una licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) constituye una entidad potencialmente mortal, producida habitualmente por la migración de material trombótico procedente del sistema venoso profundo hacia la circulación arterial pulmonar. Sin embargo, en determinadas circunstancias, el material embólico puede tener un origen diferente, incluyendo masas intracardíacas localizadas en las cavidades derechas, situación infrecuente que plantea un desafío diagnóstico, particularmente en pacientes jóvenes sin factores predisponentes evidentes para enfermedad tromboembólica venosa (1).

Los tumores cardíacos primarios son poco frecuentes y, entre los tumores benignos, el mixoma constituye el tipo histológico más común. Su localización predominante es la aurícula izquierda, mientras que aproximadamente el 10–20 % se desarrolla en la aurícula derecha (2,3). Los mixomas pueden presentar manifestaciones clínicas diversas relacionadas con obstrucción intracardiaca, síntomas constitucionales o fenómenos embólicos. En los mixomas auriculares derechos, la embolización hacia la circulación pulmonar constituye una complicación infrecuente pero potencialmente grave (3,4).

El mecanismo del embolismo pulmonar asociado al mixoma auricular derecho puede involucrar el desprendimiento de fragmentos tumorales o la formación y posterior embolización de material trombótico adherido a la superficie tumoral (1,4). La presentación clínica puede simular un TEP de origen venoso convencional, manifestándose con disnea, dolor torácico, hemoptisis, síncope e incluso hipertensión pulmonar o insuficiencia cardíaca derecha. Por ello, la identificación de una masa intracardiaca durante el estudio etiológico del TEP obliga a considerar diagnósticos alternativos y requiere la integración de los hallazgos clínicos, ecocardiográficos, tomográficos y anatomopatológicos (1,5).

Presentamos el caso de un varón joven con tromboembolismo pulmonar bilateral asociado a una masa auricular derecha, identificada durante el estudio diagnóstico. Ante los hallazgos clínicos y de imagen se planteó la posibilidad de un tumor cardíaco, considerándose el mixoma entre los principales diagnósticos diferenciales. El paciente fue sometido a resección quirúrgica de la masa, cuyo estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de mixoma cardíaco. Este caso destaca una asociación infrecuente entre el mixoma auricular derecho y el embolismo pulmonar, y resalta la importancia de considerar las masas intracardíacas derechas en la evaluación etiológica del TEP, particularmente en pacientes jóvenes sin factores de riesgo tromboembólico evidentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 31 años, sin antecedentes relevantes, con un mes de dolor torácico derecho, tos seca, astenia y disnea progresiva; tres días antes del ingreso presentó hemoptisis de 30 mL/día. Estaba hemodinámicamente estable: frecuencia cardíaca 102 latidos/min, frecuencia

respiratoria 22 respiraciones/min y saturación 91 % al aire ambiente. Presentaba amplexación y elasticidad simétricas, sin uso de musculatura accesoria; vibraciones vocales ligeramente aumentadas en tercio superior derecho y disminución del murmullo vesicular en base derecha, sin estertores. La percusión torácica no fue realizada debido al episodio reciente de hemoptisis. Se auscultó soplo sistólico 2/6 en foco tricuspídeo. La TEM de tórax sin contraste mostró consolidaciones bilaterales de predominio apical derecho, leve derrame pleural derecho, adenopatías mediastínicas reactivas y calcificaciones a nivel de la válvula auriculoventricular derecha. Ante sospecha inicial de infección pulmonar recibió ceftriaxona. Por persistencia clínica se amplió el estudio: dímero D 6,5 µg/mL y proteína C reactiva 120,04 mg/L; Wells 2,5 puntos y Ginebra revisada 7 puntos. El electrocardiograma mostró patrón S1Q3T3 y alteraciones de repolarización en precordiales derechas. La angio-TEM evidenció TEP bilateral, consolidaciones periféricas y una masa auricular derecha de 24 × 20 mm con calcificaciones puntiformes; la arteria pulmonar midió 31 mm (ver Figura 1). La ecocardiografía mostró dilatación de cavidades derechas, regurgitación tricuspídea y una masa de 23 × 20 mm que protruía hacia la válvula tricúspide, inicialmente interpretada como trombo. Se inició enoxaparina dosis plenas y fue referido a Lima para resección quirúrgica. La revisión anatomopatológica en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas confirmó mixoma cardíaco con necrosis y calcificación distrófica, sin malignidad.

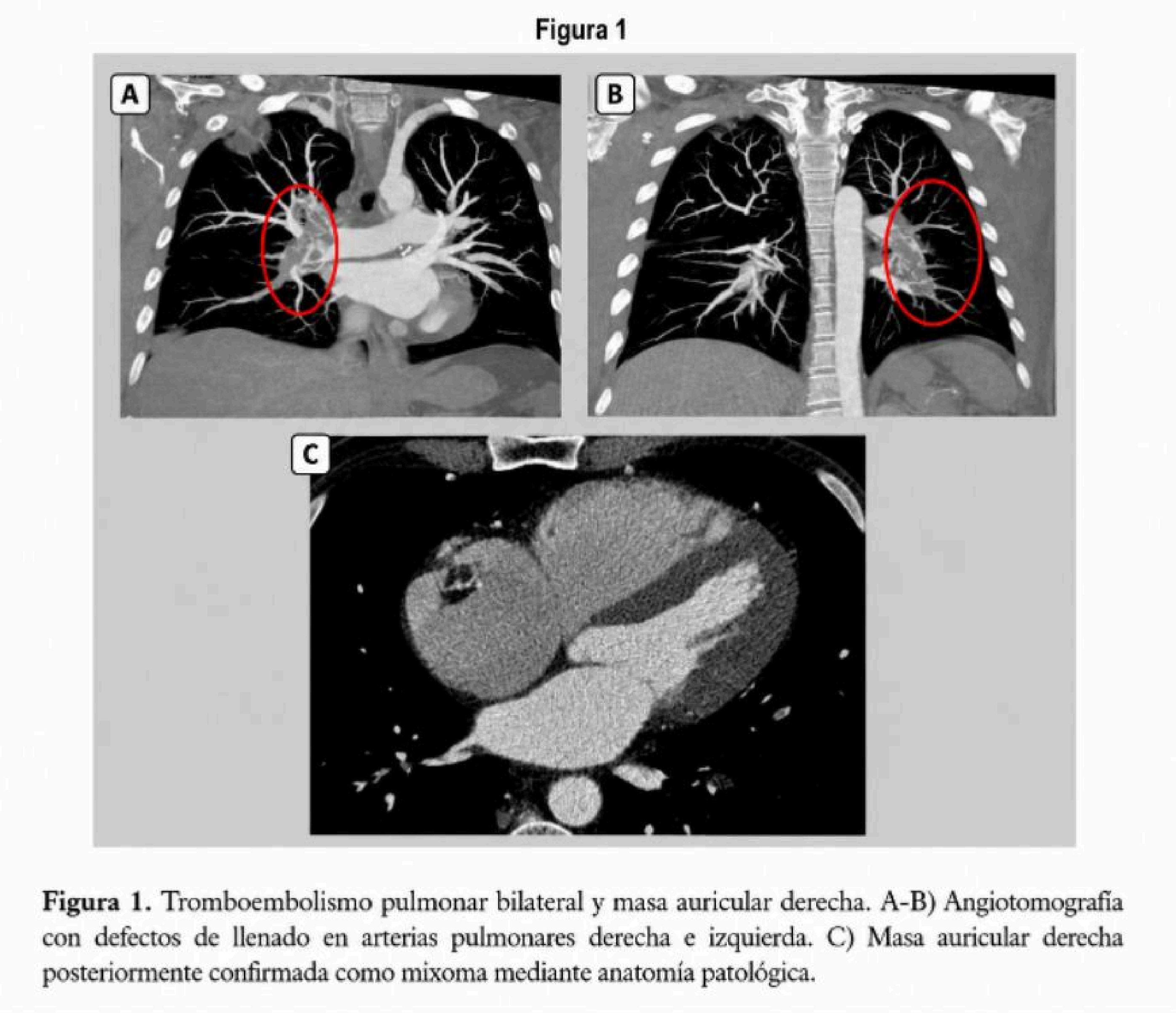


FIGURA 1: DIAGRAMA DE FLUJO TIPO PRISMA

DISCUSIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) se origina habitualmente a partir de trombos del sistema venoso profundo; sin embargo, en pacientes jóvenes sin factores de riesgo tromboembólico evidentes deben considerarse etiologías menos frecuentes, entre ellas las masas intracardíacas derechas. El mixoma es el tumor cardíaco primario benigno más frecuente, aunque su localización en la aurícula derecha es poco habitual, representando aproximadamente entre el 10 y 20 % de los casos (1,2).

El mixoma auricular derecho puede asociarse con embolismo pulmonar mediante dos mecanismos principales: el desprendimiento de fragmentos tumorales hacia la circulación pulmonar o la formación de trombos sobre la superficie del tumor con posterior embolización (1,3). Algunas características morfológicas, como una superficie irregular y una mayor movilidad, se han relacionado con un mayor riesgo de eventos embólicos (4).

En nuestro paciente, la presencia de TEP bilateral asociada a una masa auricular derecha de 24 x 20 mm con calcificaciones puntiformes, en ausencia de factores predisponentes claramente identificables, hizo considerar una posible relación entre ambos hallazgos. La angiotomografía permitió identificar tanto el compromiso vascular pulmonar como la masa intracardiaca, mientras que la evaluación cardíaca complementaria contribuyó a caracterizar la lesión y orientar el diagnóstico.

La resección quirúrgica permitió obtener el diagnóstico definitivo. El estudio anatomopatológico confirmó un mixoma cardíaco con necrosis y calcificación distrófica, sin evidencia de malignidad. Sin embargo, al no disponerse de estudio histopatológico del material embólico pulmonar, no es posible determinar con certeza si correspondía a fragmentos tumorales o a trombos asociados al mixoma. Por ello, consideramos más apropiado establecer la asociación entre el TEP bilateral y el mixoma auricular derecho, sin afirmar embolización tumoral directa.

Este caso resalta la importancia de considerar una fuente intracardiaca en pacientes jóvenes con TEP sin factores predisponentes evidentes. Asimismo, demuestra el valor complementario de la angiotomografía, la ecocardiografía y, finalmente, la anatomía patológica para establecer el diagnóstico y orientar el tratamiento definitivo (1,5).

CONCLUSIÓN

El mixoma auricular derecho constituye una causa infrecuente que debe considerarse ante un tromboembolismo pulmonar, especialmente en pacientes jóvenes sin factores de riesgo tromboembólico evidentes. La identificación de una masa intracardiaca derecha debe motivar una evaluación diagnóstica integral mediante estudios de imagen cardiovascular. En nuestro caso, la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de mixoma cardíaco; sin embargo, la ausencia de estudio histológico del material embólico no permitió diferenciar entre embolización tumoral y tromboembolia secundaria. Este caso resalta la importancia de considerar fuentes intracardiacas poco frecuentes en el estudio etiológico del TEP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ma G, Wang D, He Y, Zhang R, Zhou Y, Ying K. Pulmonary embolism as the initial manifestation of right atrial myxoma: a case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(51):e18386. doi:10.1097/MD.00000000000018386.
2. Cardiac myxoma: a comprehensive review. Revisión reciente que describe la epidemiología y señala que aproximadamente 75 % se localiza en aurícula izquierda y 18 % en aurícula derecha.
3. Pandey AC, Carey JJ, Thompson JL. Right atrial myxoma presenting as a pulmonary embolism in a 32-year-old female. *Clin Med Insights Cardiol*. 2019;13. doi:10.1177/2048004018817606.
4. Zhang QH, Xiong ZL. Iceberg rupture: A case of massive right atrial myxoma resulting in pulmonary embolism. *Int J Surg Case Rep*. 2024;125:110655. doi:10.1016/j.ijscr.2024.110655.
5. Ma G, et al. En su revisión de casos de mixoma auricular derecho asociado a embolismo pulmonar, describen el papel de la ecocardiografía, TC, RM y anatomía patológica en el diagnóstico.