

Immagini in medicina cardiovascolare

Mixoma gigante atriale sinistro paucisintomatico

Franco Casazza, Giuseppe Guenzati, Massimo Lemma*, Sara Bonetto**

*Divisione di Cardiologia, Ospedale San Carlo Borromeo, *Divisione di Cardiocirurgia, **Servizio di Anatomia Patologica, Ospedale L. Sacco, Milano*

(Ital Heart J Suppl 2000; 1 (1): 130-131)

Ricevuto il 20 ottobre 1999; accettato il 3 novembre 1999.

Per la corrispondenza:

Dr. Franco Casazza

Via Nikolajevka, 12
20152 Milano

Un uomo di 72 anni, senza precedenti cardiovascolari, venne ricoverato in Reparto di Medicina Generale in seguito a progressivo dimagrimento, astenia e lieve dispnea. All'esame obiettivo erano presenti un soffio sistolico 2/6 e rantoli crepitanti alle basi polmonari. L'elettrocardiogramma mostrava un'onda P "mitralica" e la radiografia del torace lievi segni di stasi ematica e minimo versamento pleurico bilaterale. L'unico dato di laboratorio patologico era un aumento della velocità di eritrosedimentazione. L'ecocardiogramma transtoracico evidenziava una voluminosa massa ovaliforme che occupava gran parte dell'atrio sinistro e prolassava, in diastole, nel ventricolo sinistro ostruendo l'orifizio mitralico. Dal momento che l'esame transtoracico era di qualità non ottimale e non erano visualizzabili da questo approccio eventuali punti di attacco al setto interatriale, venne eseguito un ecocardiogramma transesofageo (Figg. 1 e 2): una massa notevolmente ecorifrangente, a contorni netti, di dimensioni 7.2×3.2 cm, si muoveva avanti e indietro ritmicamente tra atrio e ventricolo sinistro attraverso la mitrale, originando dalla fossa ovale del setto interatriale. A tale reperto si associava una moderata dilatazione delle cavità di destra con insufficienza tricuspide ed ipertensione polmonare di lieve entità. Venne posta diagnosi di mixoma atriale sinistro con indicazione chirurgica urgente e il paziente venne sottoposto a sternotomia mediana e circolazione extracorporea entro poche ore dalla diagnosi. Dopo arresto cardioplegico ed atriotomia bilaterale, fu possibile reperire e asportare un enorme tumore gelatinoso (Fig. 3) di dimensioni $8 \times 4.5 \times 5$ cm, con superficie lucida e irregolare e forma grossolanamente bilobata, di colori-

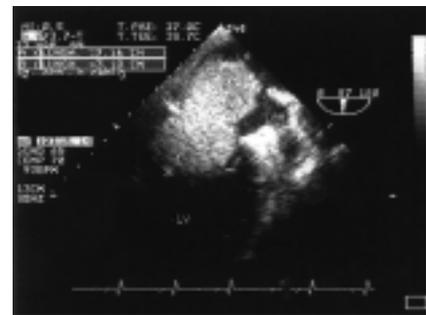


Figura 1. LA = atrio sinistro; LAA = appendice atriale sinistra; LV = ventricolo sinistro.



Figura 2. IAS = setto interatriale; RA = atrio destro.



Figura 3.

to rosa pallido alternato a chiazze brunastre, adeso al setto interatriale con un'ampia area (*freccia*). Al taglio non erano dimostrabili aree calcifiche. Istologicamente (Fig. 4), tipiche cellule mixomatose, talora unite tra loro in formazioni ramificate o ad anello (*punta della freccia*), erano immerse in una matrice lassa, ricca di proteoglicani (*freccia sottile*). Coesistevano fasci di collagene contenenti rare cellule infiammatorie e macrofagi ricchi di emosiderina (*freccia larga*); non erano presenti mitosi (ematossilina-eosina 200×).

Il paziente venne dimesso in sesta giornata in buone condizioni.

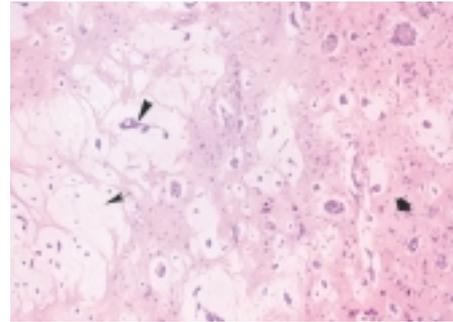


Figura 4.