

## Remisión completa precoz de tumoraciones cardíacas múltiples sugestivas de rabdomiomas cardíacos

**Sr. Editor:**

Los tumores cardíacos primarios son una entidad infrecuente en pediatría, con una prevalencia establecida de un 0,0017-0,28% en estudios post

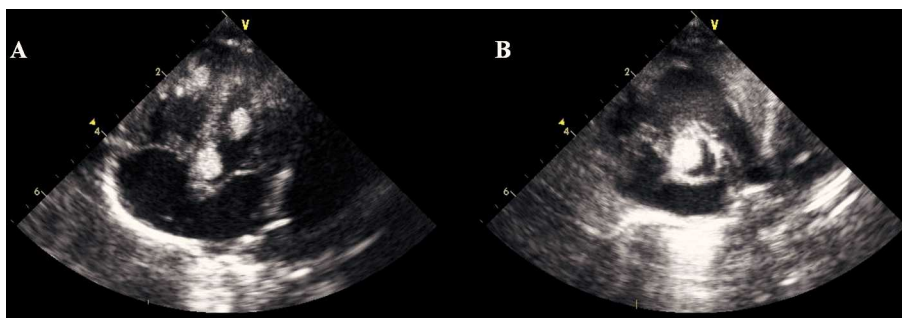
mortem. Se ha descrito una prevalencia durante el desarrollo fetal del 0,14%<sup>1</sup>. El rabdomioma es el tumor cardíaco más frecuente en lactantes y niños, en los que supone más del 60% de los casos<sup>2</sup>. Generalmente se presenta como tumoraciones pequeñas y múltiples, localizadas generalmente en el miocardio ventricular, aunque también se han descrito casos de afección auricular. Se asocia íntimamente a la esclerosis tuberosa, con porcentajes que oscilan entre el 60 y el 80% según las series publicadas<sup>3,4</sup>. De forma paralela, se ha descrito la existencia de rabdomiomas cardíacos en un 43-72% de los pacientes con diagnóstico establecido de esclerosis tuberosa. La exploración física del paciente puede revelar soplo cardíaco, reducción de pulsos periféricos o cianosis. La aparición de arritmias cardíacas no es infrecuente, y se ha descrito mayor incidencia de síndrome de Wolf-Parkinson-White. En más de la mitad de los casos remite espontáneamente después de la lactancia<sup>5</sup>. Presentamos el caso de un paciente con sospecha diagnóstica de rabdomiomas múltiples por ecocardiografía, con remisión espontánea, completa y precoz.

Recién nacido a término de 1 día de vida, derivado a consulta de cardiología pediátrica por hallazgo casual de soplo cardíaco. Desarrollo gestacional sin incidencias. Asintomático desde el punto de vista cardiovascular. Se detectó un soplo sistólico en BEI con segundo tono conservado en la auscultación cardíaca. Resto de la exploración física, anodina. ECG en ritmo sinusal, sin hallazgos significativos. El estudio ecocardiográfico demostró múltiples tumoraciones cardíacas, localizadas en el ápex del ventrículo derecho, el septo interventricular y el tracto de salida del ventrículo izquierdo (fig. 1A), donde estaba la de mayor tamaño (9 × 8 mm) (fig. 1B), que producía una obstrucción leve (gradiente sistólico máximo estimado, 23 mmHg). Función sistólica del ventrículo izquierdo, conservada. Se estableció el diagnóstico de sospecha de rabdomiomas cardíacos múltiples, y se decidió una actitud conservadora y seguimiento del curso clínico del paciente. Se completó el cribado de esclerosis tuberosa, y se cumplían los criterios para su diagnóstico. A las 6 semanas se repitió el estudio ecocardiográfico, que demostró la desaparición de todas las tumoraciones cardíacas descritas (fig. 2A), incluida la de mayor tamaño localizada en el tracto de salida del ventrículo izquierdo (fig. 2B). El paciente quedó asintomático.

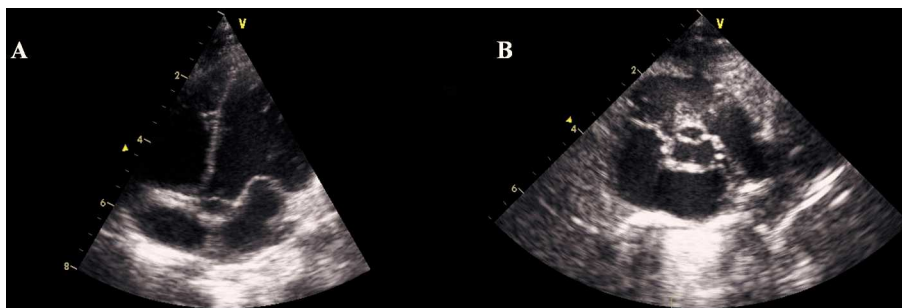
Miguel A. Ramírez-Marrero<sup>a</sup>, Victorio Cuenca-Peiró<sup>b</sup>,  
Juan I. Zabala-Argüelles<sup>b</sup>  
y Lourdes Conejo-Muñoz<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

<sup>b</sup>Sección de Cardiología Pediátrica. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga. España.



**Fig. 1.** Imágenes de ecocardiografía bi-dimensional en planos apical de cuatro cámaras (A) y eje corto a nivel de tracto de salida de ventrículo izquierdo (B), en las que se observa la existencia de masas tumorales múltiples, con ecogenicidad aumentada con respecto al miocardio adyacente, compatibles con rabdomiomas cardíacos múltiples.



**Fig. 2.** Control ecocardiográfico a las 6 semanas, en planos superponibles a la figura 1, que muestra la total regresión espontánea de las masas tumorales.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Holley DG, Martin GR, Brenner JL. Diagnosis and management of fetal cardiac tumors: a multicenter experience and review of published reports. *J Am Coll Cardiol.* 1995;26:516-20.
2. Butany J, Nair V, Naseemuddin A, Nair GM, Catton C, Yau T. Cardiac tumours: diagnosis and management. *Lancet Oncol.* 2005;6:219-28.
3. Harding CO, Pagon RA. Incidence of tuberous sclerosis in patients with cardiac rhabdomyoma. *Am J Med Genet.* 1990;37:443-6.
4. Watson GH. Cardiac rhabdomyoma in tuberous sclerosis. *Ann N Y Acad Sci.* 1991;61:50-7.
5. Uzun O, Wilson DG, Vujanic GM, Parsons JM, De Giovanni JV. Cardiac tumours in children. *Orphanet J Rare Dis.* 2007;2:11.