Rev Colomb Cir. 2026;41:917-24
https://doi.org/10.30944/20117582.3193

ARTÍCULO ORIGINAL

Perfil epidemiológico y clínico de tumores cardíacos: Experiencia de un centro de cuarto nivel de referencia

Clinical and epidemiological profile of cardiac tumors: Experience from a fourth-level referral center

María Alejandra Gómez-Gutiérrez[1], Andrés Felipe Camargo-Abello[1], Isabella Alarcón-Niño[1], Juan Rafael Correa-Ortíz, MD[2], Edgar Giovanny Ríos-Dueñas, MD[2]

1 Programa de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.
2 Departamento de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario San Ignacio; Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

Resumen

Introducción. Los tumores cardíacos son entidades poco frecuentes, con presentación clínica variable, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. La información epidemiológica local es limitada, especialmente en pacientes llevados a manejo quirúrgico en centros de alta complejidad.

Métodos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, que incluyó pacientes adultos con diagnóstico de tumor cardíaco, sometidos a resección quirúrgica entre 2007 y 2023. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, anatómicas, histopatológicas, quirúrgicas y desenlaces postoperatorios.

Resultados. Se evaluaron 25 pacientes, de predominio femenino (80 %). La edad media fue de 54,8 años. El 72 % correspondió a tumores primarios benignos, el 20 % a tumores malignos y el 8 % a metástasis. La localización más frecuente fue la aurícula izquierda. Según la histología, el mixoma fue el tumor más común. La resección aislada se realizó en más de la mitad de los casos; el resto requirió procedimientos quirúrgicos adicionales. El 32 % de los pacientes presentaron complicaciones postoperatorias a 30 días. La mortalidad a 30 días fue del 12 %, sin mortalidad adicional al año en los pacientes con seguimiento disponible.

Conclusiones. Nuestros hallazgos concuerdan con lo descrito en la literatura internacional respecto al predominio femenino, la distribución histológica y la localización anatómica. La mayoría de los tumores fueron benignos y susceptibles de manejo quirúrgico con resultados favorables. Esta serie aporta información local sobre las características clínicas y quirúrgicas de los tumores cardíacos, resaltando el papel de la resección quirúrgica como estrategia terapéutica en centros especializados.

Palabras clave: neoplasias cardíacas; mixoma; cirugía torácica; procedimientos quirúrgicos cardiovasculares; técnicas de diagnóstico cardiovascular.

Fecha de recibido: 30/12/2025 - Fecha de aceptación: 27/03/2026 - Publicación en línea: 22/07/2026
Correspondencia: María Alejandra Gómez-Gutiérrez, Carrera 7 # 40 - 62, Departamento de Cirugía, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia. Teléfono: +57 3163849077.
Dirección electrónica: alejandragomezgh@gmail.com
Citar como: Gómez-Gutiérrez MA, Camargo-Abello AF, Alarcón-Niño I, Correa-Ortíz JR, Ríos-Dueñas EG. Perfil epidemiológico y clínico de tumores cardíacos: Experiencia de un centro de cuarto nivel de referencia. Rev Colomb Cir. 2026;41:917-24. https://doi.org/10.30944/20117582.3193

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

Abstract

Introduction. Cardiac tumors are rare entities with variable clinical presentation, which hinders their timely diagnosis. Local epidemiological data are limited, particularly regarding patients undergoing surgical management at high-complexity centers.

Methods. An observational, descriptive, retrospective study was conducted, including adult patients diagnosed with a cardiac tumor who underwent surgical resection between 2007 and 2023. Demographic, clinical, anatomical, histopathological, and surgical variables, as well as postoperative outcomes, were collected.

Results. Twenty-five patients were evaluated, predominantly female (80%). The mean age was 54.8 years. Primary benign tumors accounted for 72% of cases, malignant tumors for 20%, and metastases for 8%. The most frequent location was the left atrium. Histologically, the myxoma was the most common tumor. Isolated resection was performed in more than half of the cases; the remainder required additional surgical procedures. Thirty-two percent of patients experienced postoperative complications within 30 days. Thirty-day mortality was 12%, with no additional mortality at one year among patients with available follow-up data.

Conclusions. Our findings align with those described in the international literature regarding female predominance, histological distribution, and anatomical localization. The majority of the tumors were benign and amenable to surgical management, yielding favorable results. This series contributes local data regarding the clinical and surgical characteristics of cardiac tumors, highlighting the role of surgical resection as a therapeutic strategy in specialized centers.

Keywords: heart neoplasms; myxoma; thoracic surgery; cardiovascular surgical procedures; cardiovascular diagnostic techniques.

Introducción

Los tumores cardíacos constituyen una entidad rara dentro de la patología cardiovascular, con una incidencia reportada en la literatura que oscila entre el 0,02 % y el 0,05 % [1,2]. A pesar de la limitada capacidad proliferativa del miocardio, el corazón no está exento de desarrollar neoplasias, las cuales, dependiendo de su tamaño y localización, pueden tener efectos hemodinámicos adversos, predisponer a arritmias y un significativo riesgo tromboembólico, de tal forma que simulan distintas enfermedades cardíacas [3,4], dificultando su diagnóstico y retrasando el abordaje terapéutico.

El estudio de los tumores cardíacos es complejo debido a su rareza y la variabilidad en su presentación clínica. En general, pueden clasificarse en tumores primarios benignos o malignos, metástasis o invasiones locales de neoplasias extracardíacas. Se estima que los tumores cardíacos primarios tienen una incidencia de 1,38 a 30 casos por cada 100.000 habitantes por año, de los cuales aproximadamente el 80 % son benignos y el 20 % malignos [1,5]. Entre los tumores primarios benignos, los mixomas representan la entidad más frecuente en adultos, mientras que en los niños predominan los rabdomiomas (55 %), teratomas (16 %), fibromas (10 %) y mixomas (10 %). En contraste, los tumores malignos primarios del corazón, como los angiosarcomas y rabdomiosarcomas, son extremadamente infrecuentes y tienen un pronóstico reservado. Por otro lado, la enfermedad metastásica al corazón es más común que los tumores primarios, siendo los más frecuentes el mesotelioma pleural (48,4 %), melanoma (27,8 %), adenocarcinoma de pulmón (21 %), carcinomas indiferenciados (19,5 %), carcinoma de células escamosas de pulmón (18,2 %) y carcinoma de mama (15,5 %) [6].

El diagnóstico de los tumores cardíacos representa un desafío debido a la dificultad para obtener muestras de biopsia. En la práctica clínica, la evaluación se basa en estudios de imagen, como el ecocardiograma transtorácico, reconocido por su accesibilidad económica y su capacidad para

proporcionar información crucial acerca del tamaño, localización, implicaciones pericárdicas, posibles obstrucciones vasculares secundarias y consecuencias hemodinámicas asociadas [3]. Sin embargo, su utilidad puede verse limitada en la detección de masas que se originan en estructuras adyacentes, como los vasos pulmonares. Con el tiempo, el uso de ecocardiografía en 3D ha tomado relevancia, ya que permite abordar diferentes aspectos de la masa, incluyendo factores como punto de fijación, homogeneidad, vascularidad y calcificación[7]. Otras técnicas, como la resonancia magnética y la tomografía computarizada, son útiles para evaluar el compromiso extracardíaco y planificar el abordaje quirúrgico, aunque presentan limitaciones relacionadas con la disponibilidad y la exposición a radiación, respectivamente [3].

El tratamiento de los tumores cardíacos depende de su naturaleza y sintomatología. En casos seleccionados de tumores benignos pequeños y asintomáticos, puede optarse por un seguimiento estricto en lugar de una intervención quirúrgica inmediata, pero en caso de tumores benignos sintomáticos, la resección quirúrgica es el tratamiento de elección y suele asociarse con un buen pronóstico. Mientras que los tumores malignos requieren un enfoque multimodal que incluye cirugía, quimioterapia y radioterapia, con una supervivencia media reportada de 10 a 24 meses [8].

En Colombia, la información epidemiológica sobre tumores cardíacos es limitada. En un registro de 15 años de experiencia de un centro en Medellín [9], se describieron las características de 33 pacientes con diagnóstico histológico de tumores cardíacos, donde el grupo etario afectado con mayor frecuencia fueron los mayores de 45 años, y se encontró que el tipo histológico más frecuente fue el mixoma (76 %), seguido de rabdomioma (9 %) y angiosarcoma (6 %). En la Fundación Cardioinfantil [10], entre 1995 y 2002 se diagnosticaron 34 tumores cardíacos, 24 con confirmación patológica por resección quirúrgica y 10 con diagnóstico ecocardiográfico (que por diferentes razones no fueron intervenidos en la institución); de ellos, 14 fueron auriculares y 10 ventriculares, y 13 fueron mixomas (54 %), uno en ventrículo derecho.

El presente estudio tuvo como objetivo describir las características clínicas, demográficas y anatomopatológicas de los pacientes con diagnóstico de tumor cardíaco intervenidos quirúrgicamente en un centro de cuarto nivel en Colombia, entre 2006 y 2023, con el fin de contribuir al conocimiento sobre esta patología en nuestro contexto, identificando los patrones que permitan mejorar su diagnóstico y manejo oportuno.

Métodos

Tipo de estudio y población

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con diagnóstico de tumor cardíaco que fueron llevados a manejo quirúrgico por el servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia, entre 2007 y 2023. Se excluyeron los pacientes con más del 50 % de datos faltantes.

Variables

Mediante revisión de las historias clínicas electrónicas, se recolectaron variables demográficas (sexo, edad, peso y talla), variables de interés para la caracterización clínica y epidemiológica de la población (clasificación de masa cardíaca, descripción patológica del cáncer primario, arritmia cardíaca posterior al diagnóstico de tumor cardíaco pero previa a la intervención quirúrgica, presentación clínica, ubicación anatómica de la masa cardíaca, histopatología de la masa), variables quirúrgicas (tipo de manejo quirúrgico realizado, sitios de canulación venosa y arterial, uso de técnicas de hipotermia intraoperatoria) y desenlaces (complicaciones postoperatorias a 30 días, mortalidad inmediata y mortalidad a un año).

Manejo estadístico

Se utilizó el programa estadístico R (R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R foundation for statistical computing, Viena, Austria) para realizar el análisis descriptivo.

Se calcularon medidas de tendencia central y de variabilidad según la naturaleza de las variables; para las variables continuas, se calculó el promedio y desviación estándar (DE), mientras que para las variables discretas, se calculó mediana y rango intercuartílico (RIC).

Resultados

Durante el periodo de estudio, se incluyeron 25 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, de los cuales el 80 % (n=20) fueron mujeres (Tabla 1). La edad tuvo un rango entre 23 y 73 años, con una media de 54,8 años (DE: 13,7). La mediana del índice de masa corporal (IMC) fue de 24,5 kg/m^2; el 56,5 % (n=13) presentó un IMC normal, el 30,4 % (n=7) tuvo sobrepeso y el 13,0 % (n=3) presentó obesidad grado 1.

Tabla 1. Principales características de la población con tumores cardíacos (n=25).

Variables epidemiológicas	Frecuencia (%)
Sexo	
Femenino	80 (20)
Masculino	20 (5)
Edad (años)	
Rango	23 - 73
Media (DE)	54,8 (13,7)
IMC (kg/m²) (n=23)	
Rango	20,4 a 34,6
Mediana (RIC)	24,5 (22,4 - 28,3)
Media (DE)	25,3 (3,88)
Obesidad	
Grado 1	30,4 (7)
Sobrepeso	13 (3)
Presentación clínica	
Asintomáticos	20 (5)
Deterioro de la clase funcional	32 (8)
Manifestaciones derivadas del tumor (taponamiento, arritmias, obstrucción)	24 (6)
Embolización distal	16 (4)
Síndrome constitucional	4 (1)
No especificado	4 (1)

* IMC: índice de masa corporal; DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico.

Fuente: los autores.

Los hallazgos intraoperatorios (Tabla 2) revelaron que el 72,0 % (n=18) correspondió a tumores cardíacos primarios benignos, el 20,0 % (n=5) a tumores primarios malignos y el 8,0 % (n=2) a metástasis. No se identificaron casos de invasión local de otras enfermedades malignas. En cuanto al origen de la masa primaria, el 84,0 % (n=21) fue de origen cardíaco, el 12,0 % (n=3) hematológico y el 4,0 % (n=1) desconocido. Clínicamente, el 20,0 % (n=5) fueron asintomáticos, el 32,0 % (n=8) presentó disnea o deterioro de la clase funcional, el 24,0 % (n=6) tuvo manifestaciones derivadas del tumor (taponamiento, arritmias, obstrucción) y el 16,0 % (n=4) embolización distal.

Tabla 2. Características del tumor mediante los hallazgos intraoperatorios y anatomopatológicos (n=25)

Variable	Frecuencia (%)
Tipo de tumor	
Primarios benignos	72 (18)
Primarios malignos	20 (5)
Secundarios	8 (2)
Origen primario del tumor	
Cardíaco	84 (21)
Hematológico	12 (3)
Desconocido	4 (1)
Localización anatómica	
Aurícula izquierda	48 (12)
Aurícula derecha	36 (9)
Aurícula derecha + Septum interauricular	4 (1)
Válvula tricúspide	4 (1)
Arteria pulmonar	4 (1)
Pericardio	4 (1)
Tipo histológico	
Mixoma	68 (17)
Fibroelastoma papilar	4 (1)
Rabdomioma	4 (1)
Sarcoma de alto grado	4 (1)
Leiomioma	4 (1)
Lipoma	4 (1)
Tumor miofibroblástico inflamatorio	4 (1)
Linfoma B difuso de células grandes	4 (1)

Fuente: los autores.

La localización anatómica más frecuente fue la aurícula izquierda (48,0 %; n=12), seguida de la aurícula derecha (36,0 %; n=9); se identificaron además masas en la válvula tricúspide, arteria pulmonar, pericardio y aurícula derecha con septum interauricular (4,0 % cada una). Histológicamente, predominó el diagnóstico de mixomas (68,0 %, n=17), seguido de fibroelastoma papilar, rabdomioma, sarcoma de alto grado, leiomioma, lipoma, tumor miofibroblástico inflamatorio y linfoma B difuso de células grandes, cada uno con un caso (4,0 %).

El abordaje quirúrgico consistió en resección aislada en el 56,0 % (n=14), mientras que el 44,0 % (n=11) restante requirió procedimientos complementarios, como reemplazo valvular (16,0 %), reconstrucción septal (12,0 %) y revascularización miocárdica (4,0 %) (Tabla 3). La canulación arterial fue predominantemente aórtica (96,0 %; n=24) y la venosa fue mayoritariamente bicava clásica (72,0 %; n=18). Se usó hipotermia intraoperatoria leve (32°C–34°C) en el 52,0 % (n=13) y profunda (<28°C) en el 4,0 % (n=1).

El 68,0 % (n=17) no presentó complicaciones. Las complicaciones postoperatorias a 30 días incluyeron reintervención por sangrado (12,0 %; n=3), bloqueo auriculoventricular (8,0 %, n=2), otras arritmias (8,0 %; n=2) y bloqueo intraventricular (4,0 %; n=1). La mortalidad a las 24 horas fue nula, mientras que a 30 días fue del 12,0 % (n=3), todas atribuidas a causas cardíacas. Al año, entre los 20 pacientes con información disponible, no se reportaron muertes adicionales.

Tabla 3. Variables quirúrgicas y desenlaces de los pacientes (n=25)

Variables quirúrgicas	Frecuencia (%)
Abordaje quirúrgico aislado	56 (14)
Procedimientos complementarios	44 (11)
Reemplazo valvular	16 (4)
Reconstrucción valvular	12 (3)
Reconstrucción septal	12 (3)
Revascularización	4 (1)
Canulación arterial	
Aorta	96 (24)
No requirió	4 (1)
Canulación venosa	
Bicava	72 (18)
Cava superior - Femoral	16 (4)
Cava única	8 (2)
No requirió	4 (1)
Hipotermia intraoperatoria	
Leve (32ºC–34ºC)	52 (13)
Profunda (<28ºC)	4 (1)
No requirió	28 (7)
No especifica	16 (4)
Complicaciones postoperatorias	
Complicaciones a las 24 horas	0 (0)
Complicaciones a los 30 días	
Sin complicaciones	68 (17)
Reintervención por sangrado	12 (3)
Bloqueo auriculoventricular	8 (2)
Bloqueo interventricular	4 (1)
Otras arritmias	8 (2)
Mortalidad	
A las 24 horas	0 (0)
A los 30 días	12 (3)
Al año	0 (0)

Fuente: los autores.

Discusión

En esta serie institucional, se identificaron características clínicas y demográficas que guardan estrecha relación con lo descrito en la literatura internacional sobre tumores cardíacos. La mayoría de los casos correspondieron a mujeres, hallazgo consistente con lo reportado en el metaanálisis de Rahouma M, et al.[11], donde el 55 % de los pacientes eran de sexo femenino. Aunque los rangos etarios fueron amplios, se observó una mayor concentración de casos hacia la sexta década de la vida, lo cual coincide con estudios previos que han documentado una mayor incidencia entre los 50 y 60 años, con presentaciones clínicas que, en una proporción considerable, son detectadas de forma incidental[3,11]. Este patrón demográfico resalta la importancia de considerar estas entidades dentro del diagnóstico diferencial en pacientes adultos, especialmente mujeres, que consultan por síntomas inespecíficos compatibles con enfermedad cardíaca estructural.

En cuanto a la presentación clínica, en esta cohorte se evidenció que el síntoma más frecuente fue el deterioro de la clase funcional, seguido por manifestaciones asociadas a obstrucción mecánica causada por la masa intracardíaca, hallazgos que coinciden parcialmente con lo reportado por Rahouma M, et al. [11], quienes documentaron que la disnea, el dolor torácico y las palpitaciones fueron los síntomas más prevalentes, mientras que el 17 % de los pacientes permanecieron asintomáticos. En nuestro estudio, el 20 % de los pacientes fueron asintomáticos, lo cual refleja que un número considerable de estos tumores aún se diagnostican de forma incidental. Esta heterogeneidad clínica, sumada a la rareza de la entidad, continúa dificultando su diagnóstico oportuno y favorece su confusión con otras patologías cardiovasculares de alta prevalencia, especialmente la insuficiencia cardíaca. Adicionalmente, la baja sospecha clínica y la escasa familiaridad con este tipo de neoplasias pueden retrasar el abordaje diagnóstico, lo que refuerza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha en pacientes con síntomas inespecíficos y hallazgos sugestivos en los estudios imagenológicos.

La mayoría de las lesiones correspondieron a tumores primarios benignos, lo cual es consistente con lo descrito en series anatomo-patológicas clásicas, donde aproximadamente tres cuartas partes de los tumores cardíacos primarios son benignos [1]. Este patrón también ha sido reiterado en tratados de referencia como *Braunwald's Heart Disease* [5], que describe a los mixomas como la neoplasia más frecuente dentro de este grupo, seguidos por fibroelastomas papilares, lipomas y rabdomiomas.

La caracterización histológica observada en esta cohorte reafirma al mixoma como la neoplasia cardíaca más frecuente, hallazgo consistente con lo reportado en la literatura internacional. En el metaanálisis de Rahouma M, et al. [11], que incluyó 8849 pacientes, los mixomas representaron el 68,7 % de los tumores cardíacos primarios benignos, cifra comparable con la frecuencia observada en nuestra serie (68,0 %). En segundo lugar, se identificó el fibroelastoma papilar, lo cual contrasta con lo reportado por Uribe CE, et al. [9], en una cohorte colombiana, donde el rabdomioma fue el segundo tumor más frecuente (9 %). Esta diferencia probablemente obedece a la inclusión exclusiva de población pediátrica en dicha serie, mientras que la presente cohorte se restringe a adultos.

En contraste, aunque los tumores cardíacos metastásicos son más frecuentes que los primarios en series de autopsias, en esta cohorte fueron poco representativos, con una proporción del 8 %. Esta baja frecuencia probablemente se relaciona con el sesgo de selección inherente al diseño del estudio, al incluir exclusivamente pacientes llevados a resección quirúrgica, procedimiento que rara vez se indica en casos de enfermedad metastásica. De estas, la mayoría tuvo origen hematológico, hallazgo que concuerda con lo descrito en la literatura, donde las metástasis cardíacas suelen originarse a partir de linfomas, leucemias o tumores con diseminación hematógena.

En cuanto a la localización anatómica, se evidenció predominio en la aurícula izquierda (48 %), seguido de la aurícula derecha (36 %), similar a lo descrito en las publicaciones de Rahouma y Uribe [9,11].

En esta cohorte, la resección quirúrgica fue el tratamiento quirúrgico predominante, con una proporción considerable de pacientes que requirieron procedimientos complementarios, como el reemplazo valvular o la reconstrucción septal. Esta necesidad de intervención adicional coincide con lo descrito por Hoffmeier A, et al. [12], quienes reportaron que los tumores cardíacos primarios pueden infiltrar válvulas o estructuras contiguas, obligando a una cirugía más extensa que la simple extirpación tumoral. La alta tasa de resección aislada (56 %) en nuestra serie podría explicarse por el predominio de mixomas auriculares con pedículos definidos, que permiten una escisión completa sin comprometer otras estructuras. No obstante, el 44 % restante requirió intervenciones adicionales, lo cual subraya la importancia de una planificación quirúrgica detallada basada en estudios imagenológicos preoperatorios avanzados.

En cuanto a la técnica quirúrgica, en nuestro grupo se utilizó de manera casi universal la canulación arterial aórtica (96 %) y venosa bicava (72 %), estrategia coherente con lo reportado en series quirúrgicas de referencia. Ryu SW, et al. [13], describieron que la esternotomía media con baipás cardiopulmonar total mediante canulación aórtica y bicava venosa constituye el abordaje estándar para la resección de tumores cardíacos primarios, destacando que esta modalidad permite una exposición óptima del campo quirúrgico y un control adecuado del retorno venoso, aspectos especialmente relevantes en tumores localizados en cavidades derecha o con riesgo de embolización durante la manipulación tumoral.

Las complicaciones posoperatorias en esta cohorte se presentaron en el 32 % de los pacientes (n=8) durante los primeros 30 días tras la intervención quirúrgica. Las más frecuentes fueron la reintervención por sangrado (12 %; n=3), el bloqueo auriculoventricular (8 %; n=2) y las arritmias cardíacas (8 %; n=2); no se documentaron muertes en las primeras 24 horas. La mortalidad a 30 días fue del 12 % (n=3), atribuida en todos los casos a causas cardiovasculares. Entre los 20 pacientes que sobrevivieron al primer mes y contaban con seguimiento disponible, no se reportaron muertes durante el primer año postoperatorio.

En comparación con lo reportado en la literatura internacional, el metaanálisis de Rahouma M, et al. [11], estimó una mortalidad temprana del 5,9 % ($IC_{95\%}$ 4,7–7,39 %), y la serie colombiana de Cubides CA, et al. [10], que incluyó 20 pacientes intervenidos en un centro de cuarto nivel, estimó una mortalidad global (que incluyó muertes perioperatorias y durante la hospitalización) del 15 %. Aunque la mortalidad a 30 días en nuestra cohorte es mayor a la internacional, este hallazgo debe interpretarse con cautela debido al tamaño de muestra limitado. La ausencia de mortalidad tardía y la baja frecuencia de complicaciones graves en el seguimiento refuerzan la seguridad del abordaje quirúrgico implementado y la adecuada atención en el postoperatorio.

Una de las principales limitaciones del estudio fue el tamaño muestral reducido (n=25), consecuencia directa de la baja frecuencia de los tumores cardíacos en la población general, aunque la investigación se llevó a cabo en un centro de referencia con capacidad quirúrgica especializada. Se controló un posible sesgo de selección al incluir todos los pacientes operados en ese período, sin embargo, por la característica retrospectiva de la cohorte, se excluyeron los pacientes con más del 50 % de datos faltantes.

Conclusión

Este estudio describe la experiencia quirúrgica de una cohorte de pacientes con tumores cardíacos en una institución de alta complejidad en Colombia, y se resalta que los hallazgos clínicos y anatomopatológicos coinciden en gran medida con lo reportado en la literatura internacional. La mayoría de los casos correspondieron a tumores primarios benignos, con predominio del mixoma auricular izquierdo, y una proporción relevante de pacientes requirió procedimientos quirúrgicos adicionales más allá de la resección tumoral. Pese a las limitaciones derivadas del tamaño muestral, los resultados aportan evidencia local relevante y actualizada sobre una patología poco frecuente, enfatizando la necesidad de mantener una sospecha diagnóstica elevada y de consolidar estrategias colaborativas multicéntricas que permitan ampliar el conocimiento sobre el comportamiento clínico, terapéutico y pronóstico de estas entidades en el contexto latinoamericano.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética Institucional, el cual avaló el diseño y la metodología de la investigación. El estudio se realizó conforme a la normativa ética vigente para investigación en seres humanos en Colombia y se consideró sin riesgo, por lo que no se requirió el diligenciamiento de consentimiento informado.

Conflictos de interés: Los autores declararon no tener conflictos de interés.

Uso de Inteligencia Artificial: No se utilizaron tecnologías de inteligencia artificial generativa para la recolección, el análisis ni la interpretación de los datos.

Fuentes de financiación: El estudio no contó con financiación externa.

Contribución de los autores:

- Concepción y diseño del estudio: María Alejandra Gómez-Gutiérrez, Juan Rafael Correa-Ortíz, Edgar Giovanny Ríos-Dueñas.
- Adquisición de datos: María Alejandra Gómez-Gutiérrez, Andrés Felipe Camargo-Abello, Isabella Alarcón-Niño.
- Análisis e interpretación de datos: María Alejandra Gómez-Gutiérrez.
- Redacción del manuscrito: María Alejandra Gómez-Gutiérrez, Andrés Felipe Camargo-Abello, Isabella Alarcón-Niño.
- Revisión crítica del manuscrito: Juan Rafael Correa-Ortíz, Edgar Giovanny Ríos-Dueñas.
- Versión final del manuscrito: Todos los autores.

Referencias

1 Reynen K. Frequency of primary tumors of the heart. Am J Cardiol. 1996;77:107. https://doi.org/10.1016/S0002-9149(97)89149-7

2 Lymburner RM. Tumours of the heart: Histopathological and clinical study. Can Med Assoc J. 1934;30:368-73.

3 Tyebally S, Chen D, Bhattacharyya S, Mughrabi A, Hussain Z, Manisty C, et al. Cardiac tumors: JACC CardioOncology state-of-the-art review. JACC CardioOncol. 2020;2:293-311. https://doi.org/10.1016/j.jaccao.2020.05.009

4 Lyon AR, López-Fernández T, Couch LS, Asteggiano R, Aznar MC, Bergler-Klein J, et al. 2022 ESC Guidelines cardio-oncology developed in collaboration with the European Hematology Association (EHA), the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) and the International Cardio-Oncology Society (IC-OS). Eur Heart J. 2022;43:4229-4361. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac244

5 Libby P. Tumors affecting the cardiovascular system. En: Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF, Bhatt DL, Solomon SD, Braunwald S. Braunwald's heart disease: A textbook of cardiovascular medicine. 12th ed. Amsterdam: Elsevier; 2021.

6 Bussani R, De-Giorgio F, Abbate A, Silvestri F. Cardiac metastases. J Clin Pathol. 2007;60:27-34. https://doi.org/10.1136/jcp.2005.035105

7 Mankad R, Herrmann J. Cardiac tumors: Echo assessment. Echo Res Pract. 2016;3:R65-R77. https://doi.org/10.1530/ERP-16-0035

8 Joshi M, Kumar S, Noshirwani A, Harky A. The current management of cardiac tumours: A comprehensive literature review. Braz J Cardiovasc Surg. 2020;35:770-80. https://doi.org/10.21470/1678-9741-2019-0199

9 Uribe CE, Fernández A, Gómez CA. Tumores cardiacos: Registro de 15 años de experiencia en la Clínica Cardiovascular Santa María. Rev Colomb Cardiol. 2005;12: 45-7.

10 Cubides CA, Salazar G, Muñoz A, Pedraza J, Hernandez E, Martinez J, et al. Tumores cardiacos primarios. Rev Colomb Cardiol. 2003;10:472-85.

11 Rahouma M, Arisha MJ, Elmously A, El-Sayed Ahmed MM, Spadaccio C, Mehta K, et al. Cardiac tumors prevalence and mortality: A systematic review and meta-analysis. Int J Surg. 2020;76:178-89. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.02.039

12 Hoffmeier A, Sindermann JR, Scheld HH, Martens S. Cardiac tumors—Diagnosis and surgical treatment. Dtsch Ärztebl Int. 2014;111:205-11. https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0205

13 Ryu SW, Jeon BB, Kim HJ, Kim JB, Jung SH, Choo SJ, et al. *Surgical outcomes of malignant primary cardiac tumor: A 20-year study at a single center.* Korean J Thorac Cardiovasc Surg. 2020;53:361-7. https://doi.org/10.5090/kjtcs.20.061