

Otros

8 MIOCARDITIS VIRAL Y FENÓMENOS TROMBOEMBÓLICOS EN COVID-19. REPORTE DE UN CASO

Florencia Lamas¹

HCFFAA.

Introducción: desde el inicio de la pandemia COVID-19 se han informado múltiples complicaciones cardiovasculares asociadas a la morbimortalidad, sobre todo en pacientes con patologías previas. La infección por COVID-19 puede generar daño miocárdico por múltiples mecanismos, ya sean directos (miocarditis) o indirectos (más frecuentes). También se ha descrito una prevalencia aumentada de fenómenos tromboembólicos. Se presenta el caso de un paciente que cursa miocarditis COVID-19 asociada a fenómenos tromboembólicos múltiples.

Caso clínico: hombre, 57 años, diestro, extabaquista, obeso, DMNIR, HTA. Cardiopatía dilatada no isquemia con FEVI 35% diagnosticada en 2020, de etiología no aclarada. Litiasis vesicular. AEA: neumonía COVID-19 que requiere ingreso dos meses previo. Ingreso dos semanas posalta por cólico biliar. EA: consulta en emergencia por cólico hepático. Estando en emergencia instala síndrome focal neurológico. Se realiza TC de cráneo en agudo que no evidencia isquemia ni hemorragia, no realizándose en plazos para FNL. Ingresa a sala, donde se realizan estudios de valoración etiológica para ACV. Se constata en ETT dilatación de las 4 cavidades con disfunción asistólica biventricular severa. Instala disnea y elementos de falla cardíaca, se realiza TC que evidencia TEP bilateral lobar, derrame plural moderado. Doppler venoso de MSD evidencia trombosis superficial de la vena cefálica derecha. Evolucionando a la peoría de la disnea a pesar del tratamiento despectivo de la falla cardíaca, constatándose derrame plural derecho masivo que requiere drenaje. TC cráneo de control evidencia lesión isquémica frontal izquierda, constatándose en RM de cráneo posterior lesiones frontales bilaterales que hacen sospechar etiología cardioaorto embólica. Se realiza cardio RM que informa disfunción biventricular severa con fibrosis que sugiere secuela de miocarditis, sin presencia de edema. Se realiza ateneo con la participación de medicina interna, neurología y cardiología donde se plantea posible estado protrombótico asociado a infección por COVID-19 con miocarditis asociada. Se instala tratamiento completo de insuficiencia cardíaca y se decide anticoagulación.

Pruebas complementarias: ECG: RS 112 lml, Q en DIII, elementos de sobrecarga sistólica del VI. ETT: dilatación de las 4 cavidades con disfunción biventricular. Cardio RM: VI dilatado, con hipoquinesia difusa. FEVI 15%, FEVD 19%. Dilatación biauricular, IMI moderada secundaria, trombo apical. Fibrosis compatible con secuela de miocarditis, sin edema. TC cráneo de control: área de isquemia córtico subcortical frontal izquierda. RM cráneo: isquemia focal bilateral frontal, de mayor tamaño a izquierda, en etapa subaguda con distribución en territorio limítrofe periférico. Holter: taquicardia sinusal, 411 EV monomorfas. Angio TC de tórax: TEP agudo bilateral con áreas de infarto pulmonar en LSD y LID, derrame pleural moderado a derecha, leve a izquierda, de distribución atípica. Doppler venoso de MSD: trombosis venosa superficial en vena cefálica derecha del brazo.

Diagnóstico: complicación tromboembólica pos-COVID asociada a miocarditis.

Discusión: se presentó el caso de un paciente con un estado protrombótico pos-COVID muy florido, con fenómenos tromboembólicos venosos y arteriales, asociado a miocarditis COVID, en un paciente con cardiopatía previa. Presentaba elementos de riesgo de complicaciones, como cardiopatía previa, HTA, DMNIR, obesidad. La explicación para la disfunción miocárdica puede ser daño directo por miocarditis en un miocardio patológico.