

21 INSUFICIENCIA CARDÍACA DE ALTO GASTO SECUNDARIA A FÍSTULA AORTOATRIAL

Yamel Ache¹, Javier Tórtora², Alejandro Dodera¹, Sergio Burguez¹

1. Sanatorio Americano. 2. COMEF.

Introducción: los pacientes con IC suelen presentar GC normal o bajo, pero una minoría presenta un estado de alto gasto, que históricamente se ha denominado IC de alto gasto. Las causas más comunes de IC de alto gasto en series contemporáneas son la enfermedad de Paget, la obesidad, la cirrosis y las fístulas arteriovenosas.

Caso clínico: hombre, 51 años, hipertenso, dislipémico y obeso. Aortopatía bicúspide con IAo severa, recibió sustitución valvular aórtica con prótesis mecánica en 2014. A los seis años consulta por cuadro de dos semanas de distensión abdominal, edemas de miembros inferiores, nicturia y disnea de esfuerzo progresiva. Paciente eupneico, PA 120/60 mmHg, clicks protésicos normales y soplo continuo sistodiastólico en todo el precordio, audible en cuello y dorso. Estertores crepitantes bibasales, edemas de miembros inferiores hasta muslo, bilaterales y de características cardiogénicas e ingurgitación yugular con latido yugular y pulso hepático. Distensión abdominal con matidez desplazable.

Pruebas complementarias: péptido natriurético (NTpro-BNP) 2.045 pg/ml, creatininemia 1,21 mg/dl y azoemia 0,57 g/l. Funcional y enzimograma hepático alterados. Radiografía de tórax: cardiomegalia sugestiva de auriculomegalia derecha y elementos de edema intersticial. ETT: VI de dimensiones normales con hipertrofia leve y rectificación sistodiastólica del septum interventricular secundaria a sobrecarga de presión y volumen del VD. FEVI 68%, IxC estimado 4,2 ml/min/m². AIz dilatada (40 ml/m²). La prótesis aórtica estaba normoposicionada y normofuncionante. Dilatación de la porción sinusal de la aorta ascendente con un diámetro de 58 mm y una lámina de disección visible en su interior. Se identificaba un flujo con Doppler color que se extendía desde la luz falsa de la región disecada de la aorta hacia el techo de la AD (figura 1). VD dilatado, con hipertrofia de su pared libre y disfuncionante. La AD estaba severamente dilatada. IT moderada con una velocidad máxima del jet de 3,0m/s. La vena cava inferior de 24mm y sin colapso inspiratorio. La tomografía de tórax confirma el hallazgo de disección localizada de aorta ascendente desde aorta sinusal hasta inicio de cayado aórtico, proximal a origen de arteria subclavia y mediante reconstrucción logra identificarse el trayecto fistuloso hacia el techo de la AD (figura 2).

Diagnóstico: IC de alto gasto secundaria a fístula aortoatrial desde luz falsa en una disección de aorta posterior a cirugía de sustitución valvular aórtica.

Discusión: las fístulas aortoatriales son poco frecuentes y su incidencia es desconocida. La información sobre el tema proviene principalmente de reportes de casos o de su agrupación en series o revisiones. La fístula aortoatrial es más frecuente hacia la AD y la EI es la etiología principal, siendo la segunda causa en frecuencia el aneurisma de aorta disecado. No obstante, hasta un 12% puede deberse a causas congénitas y hay casos asociados con cirugía cardíaca previa. Nuestro paciente tenía múltiples características de riesgo para el desarrollo de una fístula aortoatrial. Se realizó intervención quirúrgica de urgencia mediante la cual se cierra la fístula desde la superficie auricular y se sustituye la aorta ascendente por un tubo valvulado. Tras 20 días de internación es dado de alta a domicilio en excelentes condiciones.