

Número: **048**
GT: **Otro**
Tipo: **Caso Clínico**
País: **Uruguay**
Idioma: **es**

Trombo intracavitario en ventrículo derecho

Yamila Rebollo¹ ; Andrea Simeone¹

1 - Servicio de cardiología, Hospital Maciel.

Introducción

La prevalencia de trombos móviles detectados por ecocardiografía en cavidades derechas se encuentra entre 10% y 18%. El hallazgo de un trombo en VD que precede al episodio de tromboembolismo pulmonar (TEP) es infrecuente y con alta mortalidad. La presentación clínica puede ir desde síntomas como disnea, a la presencia de shock obstructivo y muerte.

Caso Clínico

Sexo masculino, 46 años. AP: 2019 TEP. Actualmente consulta por fiebre, tos, expectoración y disnea CFII. Examen físico: Lúcido, febril, Polipneico, MAV disminuido, crepitantes bibasales a predominio izquierdo. Sat O₂ 89% VEA. CV: ritmo regular 115 cpm. No soplos. Bien perfundido. Normotenso. Sin signos de hipertensión venosa sistémica. En la evolución, Insuficiencia respiratoria tipo 1; requiere ingreso a CTI y asistencia respiratoria mecánica (ARM)

Pruebas complementarias

RXTX opacidades tenues bibasales. Borramiento ángulo costofrénico izquierdo (Figura 1). ECG: RS 75cpm P y PR normal, EEM normoposicionado, QRS estrecho, sin trastornos en la repolarización. Leucocitosis 17000/mm³, PCR 286. Con planteo diagnóstico inicial de NAC grave y sepsis de origen respiratorio se completa valoración con TC tórax: múltiples áreas de consolidación parenquimatosa con broncograma aéreo. En la evolución mejoría de insuficiencia respiratoria, estabilidad hemodinámica. Se suspende ARM. Persistencia febril bajo tratamiento antibiótico con vancomicina por hemocultivo a Staphylococcus aureus resistente a meticilina. En esta situación clínica en busca de eventual foco de EI, se solicita ETE: Masa adherida a pared libre del VD de 60x25 mm atraviesa el tracto de salida de ventrículo derecho, emerge en válvula pulmonar y arteria pulmonar (Figura 2). Se considera planteo de Trombo en VD por lo cual se realiza valoración de circulación pulmonar con angiotomografía de tórax: Defecto de relleno a nivel de la rama subsegmentaria basal lateral del lóbulo inferior derecho (Figura 3). Se confirma diagnóstico de TEP, se inicia tratamiento y el paciente presenta buena evolución. ETE control: Sin masas intracavitarias. Estudio de factores protrombóticos negativos.

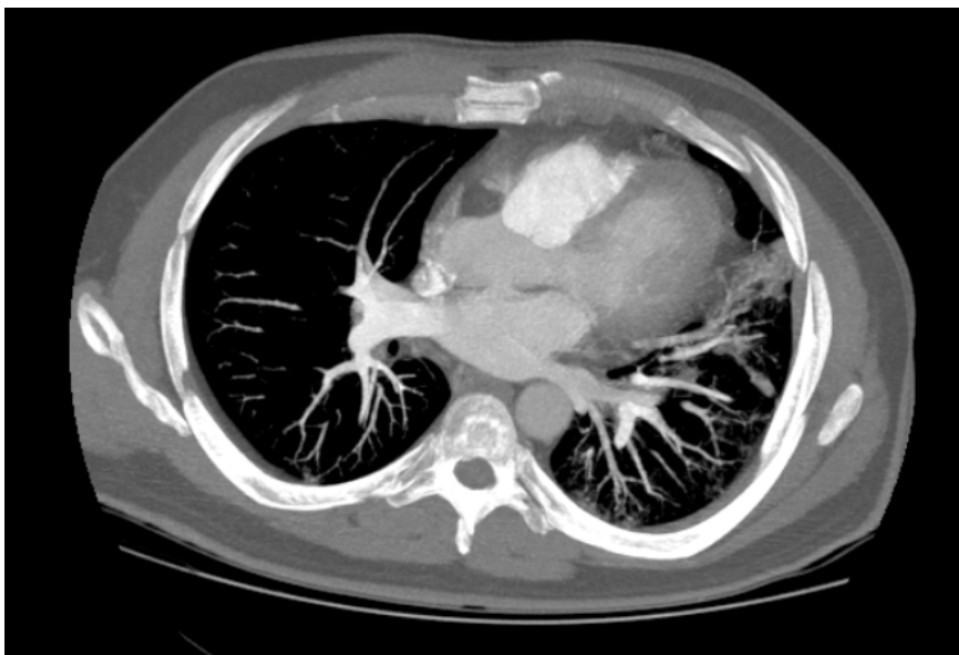
Figura 1



Figura 2



Figura 3



Diagnóstico

Trombo en VD y Tromboembolismo pulmonar

Discusión

Los trombos en cavidades derechas son poco frecuentes y se pueden encontrar en aproximadamente un 4% de los pacientes con TEP. Éstos pueden originarse dentro de las cavidades cardiacas derechas (tipo-B), o desde las venas periféricas (tipo-A). Pueden embolizar y provocar una forma grave de TEP por lo que se debe considerar una emergencia. Presentamos el caso clínico de un paciente en quien se realiza diagnóstico de trombo en ventrículo derecho y TEP subsegmentario. Una vez identificado el trombo se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular con buena evolución clínica e imagenológica demostrado por ETE. En cuanto al tratamiento las opciones son anticoagulación, trombolisis o trombectomía. Si bien la terapia inmediata es

obligatoria, el tratamiento óptimo sigue siendo tema de debate, especialmente en los pacientes con estabilidad hemodinámica, en quienes la anticoagulación es el tratamiento de elección actualmente. El pronóstico de estos pacientes no está determinado exclusivamente por la existencia de trombo en el VD, sino también con el estado hemodinámico y respuesta al tratamiento. Si bien se descartan síndromes protrombóticos, dado AP de TEP previo, se plantea ACO a largo plazo.
