

CARTAS AL EDITOR

Trombo flotante en tránsito en un paciente con síncope recurrentes*Free-floating thrombus in transit in a patient with recurrent syncope***Sr. Editor:**

La presencia de trombo en cavidades cardíacas derechas en pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) es infrecuente. Sin embargo, las últimas guías de manejo de TEP lo consideran un signo específico con riesgo vital¹.

Varón de 54 años, con antecedentes de trombosis venosa profunda, cardiopatía isquémica, y otros factores de riesgo cardiovascular, que consultó por síncope recurrentes asociados a bipedestación en los 3 días previos. Presentaba una variación de la presión arterial y la frecuencia cardíaca en decúbito y sedestación (130/75 y 107/80 mmHg, 70 y 91 lpm, respectivamente), saturación de O₂ del 93% y frecuencia respiratoria de 15 rpm. La analítica sanguínea mostraba troponina T-ultrasensible de 35 ng/L (VN: < 14 ng/L), pro-BNP 7,394 pg/ml (VN: < 100 pg/ml), dímero-D 22,65 (VN: 0,00-0,05) y un electrocardiograma sin hallazgos patológicos. La ecocardiografía clínica dirigida evidenció un gran trombo flotante ramificado de 5 cm de eje mayor en el ventrículo derecho (VD), aplanamiento del septo interventricular, relación VD/ventrículo izquierdo > 0,9, signo de McConnell y aparente disfunción de VD (Figura 1A-C). Ante dichos hallazgos, se inició trombólisis sistémica con 100 mg de alteplasa (rt-PA), asociada a anticoagulación intravenosa con 5.000 UI en heparina no fraccionada. Pasadas 3 horas, la ecocardiografía mostró ausencia de material trombótico en las cavidades derechas. Se completó el estudio de imagen con angiografía computarizada que objetivó TEP bilateral masivo (Figura 1D). El paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos, donde permaneció estable sin complicaciones, y fue trasladado a planta de hospitalización en 48 horas.

La prevalencia de trombos en cavidades derechas (TCD) detectados mediante ecocardiografía transtorácica en pacientes con TEP sintomático es del 4%, aproximadamente²⁻⁴, en los primeros eslabones asistenciales, y alcanza el 18% en unidades de críticos³. Dicho hallazgo, supone la confirmación, sin necesidad de otras pruebas de imagen, para el inicio del tratamiento^{4,5}. De entre los factores de riesgo asociados a TCD destacan: edad joven, sangrados previos, pre-

sencia de insuficiencia cardíaca crónica, cáncer, síncope, presión parcial de oxígeno < 90% y presión arterial sistólica < 100 mmHg². En su mayoría aparecen en pacientes con curso clínico corto⁵. Puede asociarse a otros hallazgos ecocardiográficos y analíticos: desplazamiento sistólico del plano del anillo tricuspídeo (TAPSE) disminuido, hipocinesia de la pared libre del VD (signo de McConnell), presión sistólica de arteria pulmonar elevada, aumento de troponinas y péptidos natriuréticos².

En cuanto a su valor pronóstico en los pacientes con TEP, la presencia de TCD supone una mortalidad a los 30 días de hasta 4 veces más, y un incremento de recurrencias de TEP. Incluso en pacientes con TEP de bajo riesgo, llega a multiplicarse por 7 la mortalidad a los 30 días². En relación al tratamiento, en pacientes inestables, existe acuerdo para el empleo de trombólisis sistémica, embolectomía quirúrgica o mediante catéter. Sin embargo, ante estabilidad hemodinámica y presencia de TCD conviene considerar que no existen estudios que apoyen con significación estadística el tratamiento trombolítico³, por

lo que es fundamental el manejo multidisciplinar e individualizado.

En conclusión, el uso de la ecocardiografía dirigida en pacientes con síncope y sospecha de TEP puede contribuir al diagnóstico y manejo precoz de una enfermedad tiempo-dependiente como el TEP grave.

Adriana Gil-Rodrigo¹,
José Miguel Martín-Torres²,
Sandra Cano-Carratalá¹

¹Servicio Urgencias, Hospital General Universitario de Alicante, España.

²Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Alicante, España.

josemmt.92@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS. El paciente ha confirmado su consentimiento para que su información personal sea publicada.

Editor responsable: Xavier Jiménez Fàbrega.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

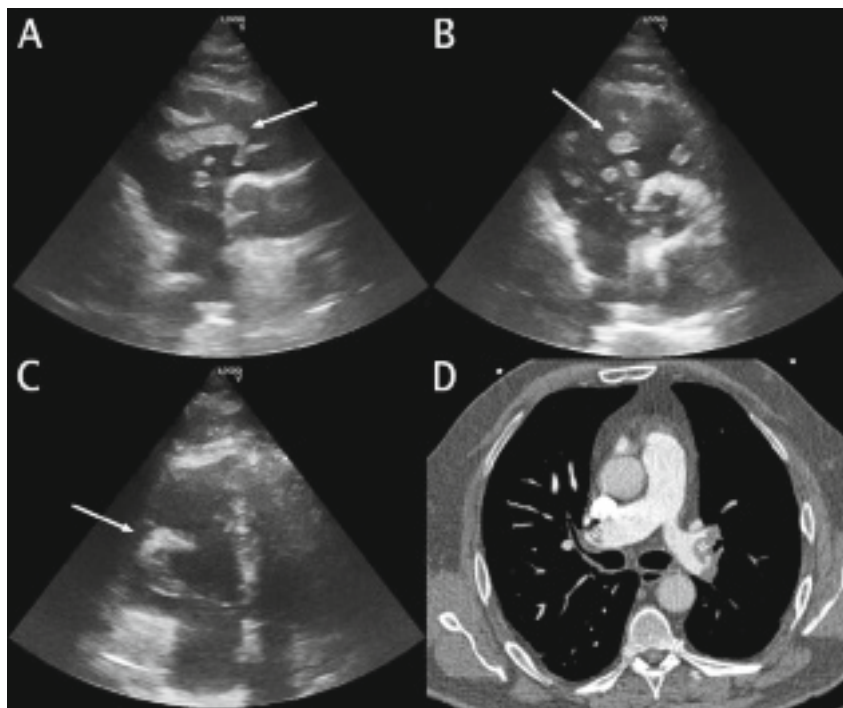


Figura 1. Trombo flotante ramificado de gran tamaño a nivel del ventrículo derecho en la ecocardiografía (imágenes A, B y C, flechas) con tromboembolismo pulmonar masivo en el angioTC (imagen D, asteriscos señalan trombo enclavado en arterias pulmonares).

Bibliografía

- 1 Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing J-J, Harjola V-P. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). *Eur Heart J*. 2020;41:543-603.
- 2 Barrios D, Rosa-Salazar V, Jiménez D, Morillo R, Muriel A, Del Toro J, et al. Right heart thrombi in pulmonary embolism. *Eur Respir J*. 2016;48:1377-85.
- 3 Barrios D, Rosa-Salazar V, Morillo R, Nieto R, Fernandez S, Zamorano JL, et al. RIETE investigators. Prognostic significance of right heart thrombi in patients with acute symptomatic pulmonary embolism: systematic review and meta-analysis. *Chest*. 2017;151:409-16.
- 4 Koc M, Kostrubiec M, Elikowski W, Meneveau N, Lankeit M, Grifoni S, et al. RiHTER Investigators. Outcome of patients with right heart thrombi: the Right Heart Thrombi European Registry. *Eur Respir J*. 2016;47:869-75.
- 5 Torbicki A, Galie N, Covezzoli A, Rossi E, De Rosa M, Goldhaber SZ; ICOPER Study Group. Right heart thrombi in pulmonary embolism: results from the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry. *J Am Coll Cardiol*. 2003;41:2245-51.