

Trombo auricular derecho con riesgo embólico durante infarto agudo de miocardio

Right auricular thrombus with embolic risk during myocardial acute infarction

Dr. Amaury Flores Sánchez, Dra. Damaris Hernández-Veliz, Dra. Biolkis Zorio Valdés, MsC. María Beatriz Cabalé Vilariño

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Un trombo móvil en la aurícula derecha implica un riesgo elevado de embolismo pulmonar y la presencia del mismo en un paciente con fibrilación auricular en el curso de un infarto agudo de miocardio, es infrecuente. Se presentó una paciente con infarto agudo de miocardio, fibrilación auricular y trombo móvil en aurícula derecha con riesgo embólico pulmonar, que desapareció luego de tratamiento antiagregante plaquetario y anticoagulante.

Palabras clave: Trombo auricular derecho, fibrilación auricular, infarto agudo de miocardio.

ABSTRACT

A mobile thrombus into the right auricle leads to a high risk of pulmonary embolism and its presence in a patient with auricular fibrillation during a acute myocardial infarction is uncommon. This is the case of a female patient presenting with acute myocardial infarction, auricular fibrillation and a mobile thrombus in right auricle with risk of pulmonary embolism, which disappeared after platelet, anticoagulant and anti-aggregating treatment.

Key words: Right auricular thrombus, auricular fibrillation, acute myocardial infarction.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 78 años, hipertensa, ingresada en la unidad de cuidados intensivos coronarios con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM), fibrilación auricular (FA) aguda y tratada con implante de *stent* convencional en arteria descendente anterior (DA). Al examen físico se determinó la presencia de ruidos cardíacos arrítmicos con una frecuencia aproximada de 110 lat/min y tensión arterial sistémica de 150/90 mmHg. El electrocardiograma mostró la presencia de FA e IAM con elevación del segmento ST. Todos los parámetros bioquímicos estaban dentro de los rangos de la normalidad.

En la ecocardiografía transtorácica, 24 h después del IAM, se evidenció una masa ecogénica móvil en la aurícula derecha (AD) que parecía emerger de la vena cava inferior. Esta masa tenía un movimiento errante dentro de la AD y en ocasiones protruía, a través de la tricúspide, hacia el ventrículo derecho.

Diagnóstico ecocardiográfico: Necrosis en territorio de DA que involucra tabique interventricular medioapical, pared anterolateral medio-apical y ápex. Disfunción sistólica global severa del ventrículo izquierdo en reposo. Trombo móvil en AD (en tránsito), con riesgo de tromboembolismo pulmonar en las siguientes 24 h.

A la terapia antiagregante se adicionó anticoagulación con heparina no fraccionada y warfarina.

Dos días después se realizó otro ecocardiograma en el que se informó: No imagen de trombo en cavidades derechas, ni en tronco de la arteria pulmonar. Hipertensión pulmonar secundaria severa al reposo con presión sistólica en arteria pulmonar de 53 mmHg. La paciente fue egresada de la unidad de cuidados coronarios 4 d más tarde.

DISCUSIÓN

En la FA, los trombos son frecuentes en la aurícula izquierda y aún mucho más en la orejuela izquierda,¹ pero no en la AD. Después del IAM, los trombos por lo general aparecen en el ápex ventricular izquierdo. Un trombo mural en el lado derecho del corazón es raro, excepto en los casos de dilatación y disfunción sistólica ventricular derecha severa, miocardiopatía ventricular derecha arritmogénica, síndrome antifosfolipídico o en los casos de inserción de catéteres venosos centrales, catéteres en la arteria pulmonar o electrodos de marcapasos.^{1,2} Los émbolos en tránsito pueden ser detectados como una masa serpinginosa móvil, atrapada en la válvula tricúspide e identifica a un paciente con riesgo para embolización pulmonar que requiere terapia de emergencia.¹⁻³

En este caso, la FA debe haber comenzado 3 d antes con la sensación de palpitaciones, esto podría ser una explicación para la aparición del trombo sin dilatación de AD. Más importante, etiológicamente, es la inactividad física que pudiera haber propiciado la migración del trombo desde las extremidades inferiores. De las 3 posibilidades terapéuticas que incluyen anticoagulación, embolectomía y trombolisis,² se optó por la primera. El trombo fue lisado en menos de 48 h (Figs. 1 y 2).

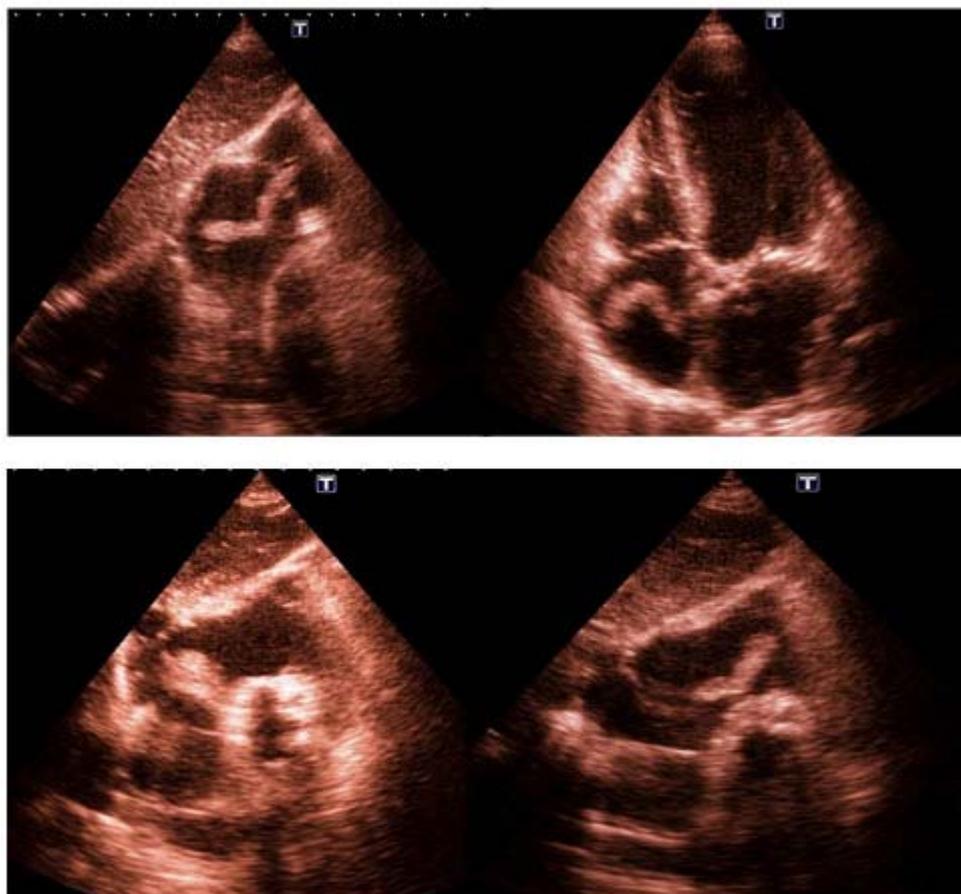


Fig. 1. Ecocardiograma transtorácico que muestra trombo serpinginoso en la AD y su movimiento a través de la válvula tricúspide.

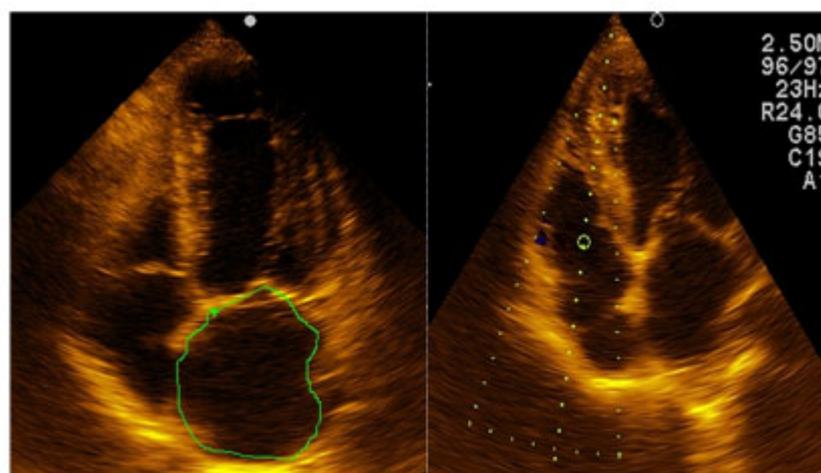


Fig. 2. Ecocardiograma transtorácico, 48 h después, donde no se visualiza trombo en AD.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fabijaniæ D, Mislav R, Unic D, Baric D, Kardum D. Pulmonary embolism due to the right atrial thrombus mimicking atrial myxoma. Chin Med J. 2010;123(17):2483-85.
2. Hwan-Jin C, Sang-Hoon S, Byung-Joo C, Si-Hyung P, Dong-Kie K, Ung K et al. A case of a right atrial and inferior vena caval thrombus resembling a right atrial myxoma. J Cardiovasc Ultrasound. 2010;18(2):58-61.
3. Eweda I, Samir S, Abbas O, El-Gohary GM, NmmasW. Right heart thrombus-in-transit with pulmonary embolism in a patient with primary hypercoagulable state. Cardiol J. 2010;17(4):40811.

Recibido: 15 de mayo de 2011.

Aprobado: 25 de mayo de 2011.

Dr. *Amaury Flores Sánchez*. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Calle 17 y A, El Vedado. La Habana, Cuba. amauryflores@infomed.sld.cu