

Trombo en tránsito atrapado en un foramen oval permeable

Gimena Loza¹; Victoria Briano¹; Arturo Pazos¹; Lucía Florio¹

1 - Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas.

Introducción

Los trombos en cavidades cardíacas derechas son hallazgos incidentales infrecuentes, y existen dos tipos, los trombos en tránsito y los trombos in situ de la AD. La presencia de un trombo en tránsito a través de un foramen oval permeable (FOP) es una entidad rara, constituye un hallazgo de mal pronóstico, y es un desafío terapéutico.

Caso Clínico

Mujer. 72 años. HTA, hipotiroides, ACV isquémico en 2012, alteración secular en la marcha, trastorno depresivo mayor, neoplasma de mama estadio IV en tratamiento con quimioterapia con docetaxel y carboplatino, FA permanente, sin tratamiento. Asintomática en lo cardiovascular. Examen físico sin elementos patológicos. Concorre a realizarse ecocardiograma de control previo a inicio de trastuzumab (figura 1) que evidencia trombo en AD que atraviesa el septum a través de un FOP. Se discute con cirugía cardíaca, no se plantea tratamiento quirúrgico dado alto riesgo y comorbilidades. Se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Se repite ETT y ETE a los 15 días (figura 2) con franca mejoría, por lo que se otorga alta a domicilio con warfarina. A los 6 meses estable clínicamente, asintomática, ETT sin evidencia de trombo.

Pruebas complementarias

ETT y ETE (figura 1) evidencian función sistólica normal, HVI severa a predominio septal y dilatación biauricular severa. A nivel de la AD imagen filiforme, serpigínosa, alargada, que ocupa todo el largo de la misma, de 6mm de ancho, muy móvil, que atraviesa el septum a través de un FOP. Se observa a nivel de la AIz la misma masa, alargada, serpigínosa, móvil, que se mete a nivel de la válvula mitral hacia el VI, sugestiva de trombo en tránsito. Eco Doppler venoso de miembros inferiores evidencia elementos de trombosis venosa bilateral, de mayor entidad a derecha con trombosis de la vena safena desde su sector proximal. Nuevo ETT y ETE a los 15 días del diagnóstico (figura 2) evidencia franca disminución de tamaño de la masa previamente descrita, que atraviesa el FOP, con un tamaño de 10x5mm a nivel de la AIz y de 2x3 mm a nivel de la AD.

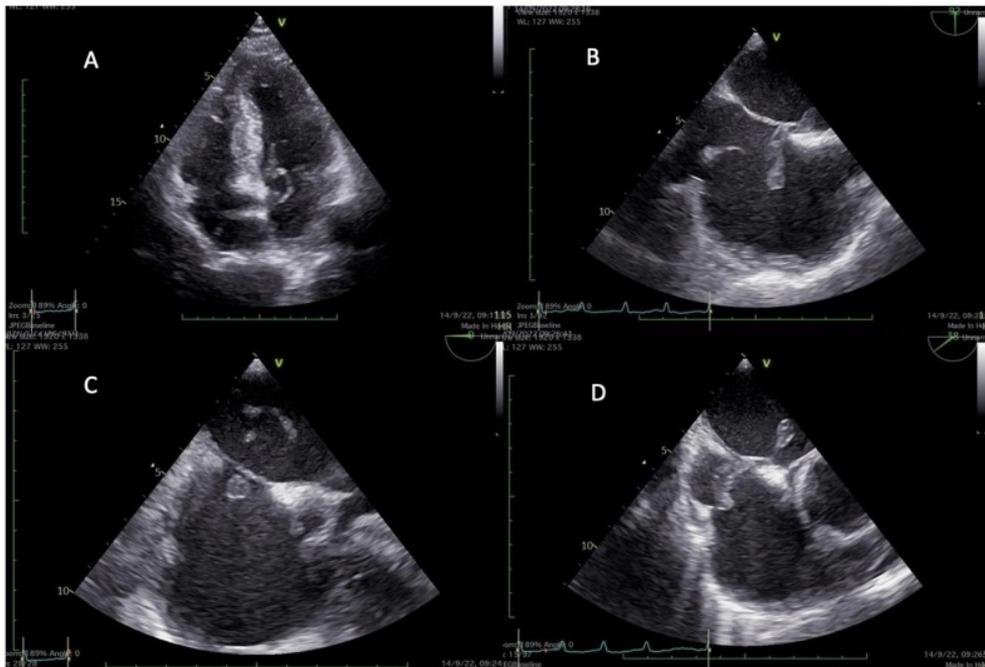


Figura 1. Ecocardiograma realizado al diagnóstico. A: Ecocardiograma transtorácico que muestra imagen serpigínosa en aurícula izquierda metiéndose al ventrículo izquierdo a través de la válvula mitral. B, C, D: Imágenes de ecocardiograma transesofágico que muestran imagen serpigínosa a nivel de ambas aurículas y cabalgando en el septum interauricular a través de un foramen oval permeable, compatible con trombo.

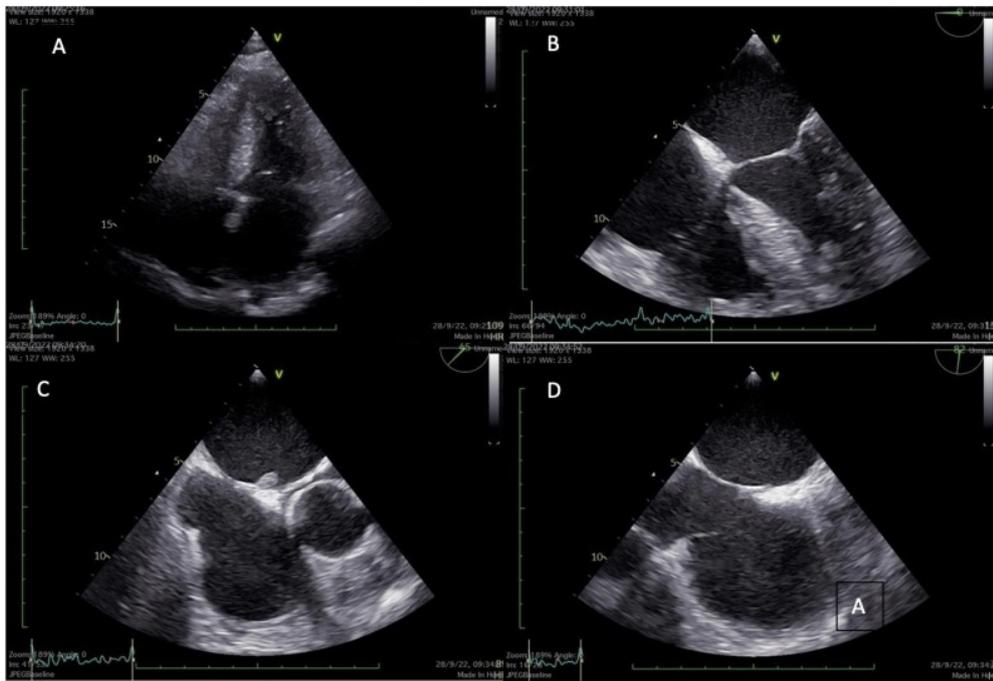


Figura 2. Ecocardiograma realizado a los 15 días del diagnóstico, bajo anticoagulación. A: Imagen transtorácica. B, C, D: imágenes transesofágicas. Se evidencia franca disminución de la imagen de trombo, con casi desaparición de la misma en ambas aurículas, persistiendo imagen de trombo de menor tamaño a nivel del septum interauricular.

Diagnóstico

Trombo en tránsito intracardíaco atrapado en un FOP

Discusión

El trombo en tránsito atrapado en un FOP es una entidad con alta mortalidad debido al riesgo de complicaciones embólicas pulmonares y sistémicas. La mayoría de los casos son sintomáticos, ya sea por disnea, síncope, dolor torácico o ACV. El ecocardiograma es el método diagnóstico de elección y si bien se considera seguro, existen casos reportados de embolia durante la realización del ETE. Existe controversia en cuanto al tratamiento, y las opciones son 3: embolectomía quirúrgica, trombólisis y anticoagulación. La resección quirúrgica con cierre del FOP podría ser la mejor opción terapéutica en pacientes hemodinámicamente estables; implica menor riesgo de embolia y mortalidad. La trombólisis es la opción disponible en pacientes en shock o cuando se ha constatado la embolia tanto pulmonar como sistémica, y conlleva el riesgo de fragmentación del trombo y embolia adicional. La anticoagulación como único tratamiento, se reserva para pacientes de mayor edad, con alto riesgo quirúrgico y severas comorbilidades.