



Presentación de caso

Trombo en “silla de montar”. A propósito de un caso “Saddle Thrombus”. About a Case

Ramón Arturo Rodríguez Hechavarría¹ , Javier Jera Gonzalez¹ , Yilian Herrera Dominguez¹ , Lucia Turro Mesa¹ ,
Alejandro González Veliz² , Susel Ramos Busutil² .

¹ Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Hospital Provincial Saturnino Lora. Santiago de Cuba, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba

Resumen

Introducción: La tromboembolia pulmonar es una enfermedad aguda y potencialmente mortal; representa el tercer síndrome cardiovascular agudo más frecuente después del infarto agudo de miocardio y el ictus.

Objetivo: Describir un caso clínico que relaciona la presencia de un embolismo pulmonar en silla de montar, con una buena resolución después del tratamiento anticoagulante.

Presentación del caso: Paciente femenina de 60 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y artritis gotosa, con tratamiento regular. Acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Provincial Saturnino Lora refiriendo cuadro de síncope asociado a disnea. Se diagnosticó tromboembolia pulmonar con trombo en “silla de montar” de riesgo intermedio-alto. Después del tratamiento anticoagulante se logró la estabilidad clínica y la desaparición de los signos eléctricos y ecocardiográficos.

Conclusiones: La tromboembolia pulmonar constituye un reto diagnóstico y terapéutico. Se presentó un caso clínico de un paciente con trombo en “silla de montar” con adecuada resolución mediante terapia anticoagulante.

Palabra clave: trombosis; embolia pulmonar; anticoagulación.

Abstract

Introduction: Pulmonary thromboembolism is an acute and potentially fatal disease; it represents the third most common acute cardiovascular syndrome after acute myocardial infarction and stroke.

Objective: To describe a clinical case that relates the presence of a saddle pulmonary embolism, with good resolution after anticoagulant treatment.

Clinical case: 60-year-old female patient with a history of arterial hypertension and gouty arthritis, with regular treatment. He went to the emergency room reporting syncope associated with dyspnea; Diagnosed: Pulmonary thromboembolism, with “saddle thrombus”, intermediate-high risk. After anticoagulant treatment, clinical stability and disappearance of electrical and echocardiographic signs are achieved.

Conclusions: Pulmonary thromboembolism is a diagnostic and therapeutic challenge. A clinical case was presented of a patient with “saddle thrombus” with adequate resolution with anticoagulant therapy.

Keywords: thrombosis; pulmonary embolism; thrombolytic therapy.

Introducción

La tromboembolia pulmonar (TEP) es el tercer síndrome cardiovascular agudo más frecuente después del infarto agudo de miocardio y el ictus. En estudios epidemiológicos las tasas de incidencia anual de la TEP son de 39-115 cada 100 000 habitantes.⁽¹⁾

La TEP es una enfermedad aguda y potencialmente mortal en la que el material embólico, por lo general un trombo, procedente de una de las venas profundas de los miembros inferiores, bloquea una o más arterias pulmonares, causa un flujo sanguíneo deteriorado y un aumento de la presión para el ventrículo derecho (VD).^(2,3)

La descripción realizada por Rudolf Virchow, creador de la patología celular, enuncia por primera vez los principios básicos de la patogenia del embolismo pulmonar.⁽⁴⁾ Estos se aceptan actualmente y constituye la famosa triada de Virchow: lesión endotelial, estasis del flujo sanguíneo e hipercoagulabilidad sanguínea; aunque patólogos que lo precedieron (Latour de Orleans, Laenec y Cruvelhier) habían descrito la presencia de coágulos en las arterias pulmonares en exámenes *posmortem*.⁽⁴⁾

La TEP es difícil de diagnosticar porque los síntomas no son específicos. La presentación clínica de los pacientes con sospecha de esta enfermedad varían ampliamente, desde pacientes asintomáticos hasta aquellos en *shock* cardiogénico, cuya manifestación clínica más frecuente es la disnea, seguida por dolor torácico y hemoptisis, entre otras.^(2,3)

Se realizó el presente artículo con el objetivo describir un caso clínico que relaciona la presencia de un embolismo pulmonar en “silla de montar” con buena resolución después del tratamiento anticoagulante.

Presentación del Caso

Paciente femenina de 60 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y artritis gotosa, con tratamiento regular. Acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Provincial Saturnino Lora, refiriendo que tres días previos comenzó a presentar mareos sin pérdida de conciencia, no relacionada con el esfuerzo, que desaparecía en corto período de tiempo, aproximadamente de 3 a 5

minutos; cedía espontáneamente, acompañada de debilidad marcada, sudoración profusa y falta de aire de ligera intensidad; aparecía cuatro veces en el día. Además, la paciente refirió que dicho cuadro aumentaba en frecuencias de aparición con las características descritas, hasta realizar un evento de pérdida brusca de la conciencia de corta duración y recuperación espontánea, con persistencia de falta de aire de moderada intensidad.

Durante el examen físico se constató murmullo vesicular normal, no estertores, frecuencia respiratoria en 29 respiraciones por minuto, aparato cardiovascular con ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad con soplo sistólico; tercer tono funcional derecho TA: 110/70 mmHg, Fc: 120lpm. Se realizó electrocardiograma (ECG) (fig. 1A), donde se evidenció taquicardia sinusal, patrón de Macguin-White, y T negativa de V1-V4.

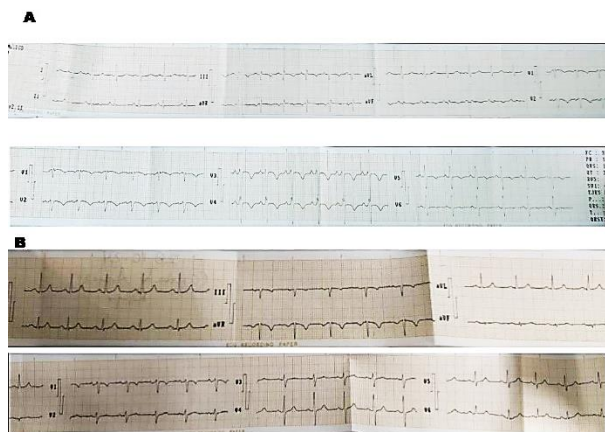


Fig. 1 – A) Se observa electrocardiograma inicial con patrón de Macguin-White, T negativa de V1-V4; **B)** Electrocardiograma evolutivo con desaparición de las alteraciones electrocardiográficas iniciales, luego del tratamiento anticoagulante.

Se decidió su ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de referido hospital como síncope de alto riesgo, y probabilidad pretest baja para TEP (regla de Wells 1,5 puntos). Se indicaron exámenes complementarios de urgencia; se obtuvo hemograma completo Hb: 11,7 g/l, Leuco: $5,3 \times 10^9/L$, seg: 62, linf: 28 mon: 7,7, eos: 2,3, conteo de plaquetas: $195 \times 10^9/L$, gasometría arterial: alcalosis respiratoria parcialmente compensada, troponina < 40ng/ml, dímero D: 79 ng/ml.

Se realizó ecocardiograma transtorácico (fig. 2) donde se evidenció cavidades derechas dilatadas, regurgitación tricúspideas con velocidad máxima 4,2 cm/s y gradiente pico: 70 mm Hg; tronco de la arteria pulmonar y ramas dilatadas, donde se observó una imagen sugestiva de trombo en "silla de montar" de 19 x 8 mm; disfunción sistólica de ventrículo derecho con TAPSE 15mm y fracción de acortamiento: 30 %.

Se administró bolo e infusión de heparina sódica y se logró adecuada anticoagulación a las 12 horas siguientes; mejoraron los síntomas y se logró una saturación O_2 95 % sin oxígeno suplementario a las 24 horas del ingreso. Al quinto día se inició el tratamiento con Warfarina 2,5 mg al día.

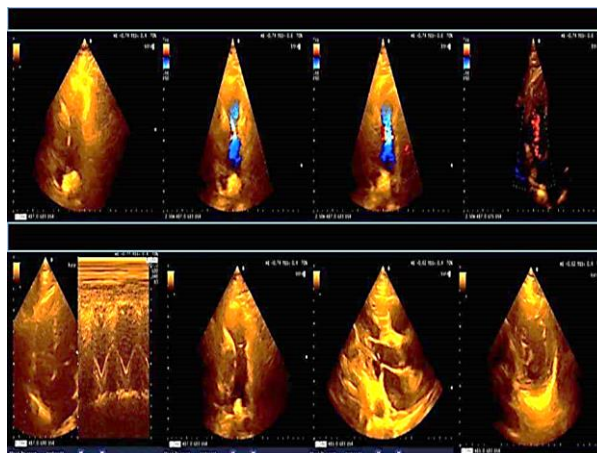


Fig. 2 – Alteraciones ecocardiográficas sugestivas de TEP.

Se realizó un ecocardiograma evolutivo y se evidenció TAPSE en 19 mm y trombo en "silla de montar" con disminución de su tamaño con respecto al inicial (11 x 5 mm). Al día 15 se realizó un ECG (fig. 1B) y ecocardiograma (fig. 3), donde se observa la desaparición de todos los signos de TEP documentados previamente. La paciente mantuvo una adecuada anticoagulación (INR: 3.0), por lo que se decidió el alta médica.

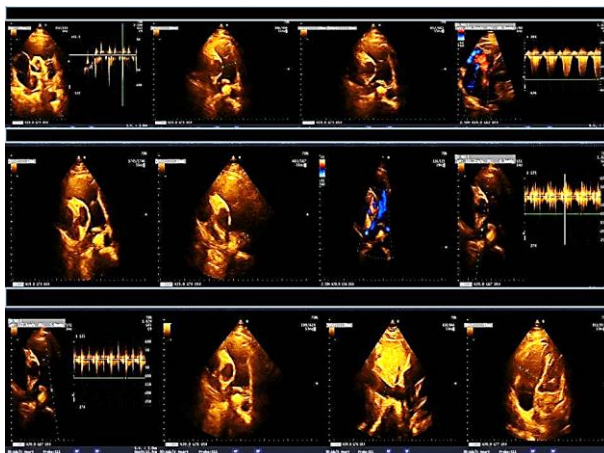


Fig. 3 – Evaluación ecocardiográfica evolutiva.

Consideraciones éticas

Los investigadores participantes en este estudio siguieron las normas éticas y legales aplicables, en concreto, la Declaración de Helsinki.⁽⁵⁾ Se garantizó la privacidad de los datos personales de la paciente, al contar con su consentimiento informado.

Discusión

La TEP representa un gran desafío diagnóstico, en gran medida, por amplia variabilidad de presentación clínica, que incluye disnea, malestar torácico pleurítico, tos y hemoptisis; con una incidencia del 73, 66, 37 y 13 %, respectivamente, según los datos obtenidos del estudio de investigación prospectiva del diagnóstico de embolia pulmonar (PIOPED).⁽⁶⁾

La estratificación del riesgo es clave para la adecuada terapia de reperusión con un arsenal terapéutico diverso, que comprende el tratamiento anticoagulante, trombolítico, intervencionista, con diferentes modalidades, y el quirúrgico.⁽⁷⁾

Actualmente, existe controversia en el manejo de los pacientes estratificados con riesgo intermedio-alto, "anticoagulación o trombólisis", a pesar de que las más recientes guías de prácticas clínicas europeas sugieren la anticoagulación y contraindican la trombólisis.⁽¹⁾

Varios estudios aleatorizados comparan estas estrategias farmacológicas. El estudio PEITHO, el más grande en pacientes normotensos, evidencia en sus resultados una disminución de la mortalidad y el deterioro hemodinámico en el grupo de pacientes trombolizados, con aumento significativo de las tasas de sangrado mayor.⁽⁸⁾

El interés creciente por este subgrupo de pacientes, que pueden evolucionar tórpidamente (descompensación hemodinámica y muerte), a pesar del tratamiento con heparina, ha motivado a la realización del estudio PEITHO-III. Actualmente se encuentra en etapa de diseño y evaluará la eficacia de dosis media de trombolíticos en este grupo de pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto con puntos finales clínicos.⁽⁹⁾

Las terapias dirigidas por catéter (TDC), que incluyen la aspiración/fragmentación dirigida por catéter, trombectomía mecánica, trombólisis local y asistida por ultrasonidos (USAT), han surgido como alternativas prometedoras, al ofrecer un potencial menor riesgo de hemorragia, en comparación con la trombólisis sistémica. A pesar de su utilidad, estar limitada a pequeños estudios aleatorizados, reflejado en el ensayo ULTIMA, que comparó la heparina no fraccionada (HNF) con USAT en 59 pacientes con TEP de riesgo intermedio, demostró una mejora significativa en la relación ventrículo derecho/ventrículo izquierdo a las 24 horas en el grupo USAT, con tasas de complicaciones hemorrágicas similares.⁽¹⁰⁾

Conclusiones

La tromboembolia pulmonar constituye un reto diagnóstico y terapéutico. Se presentó un caso clínico de un paciente con trombo en "silla de montar" con adecuada resolución mediante la terapia anticoagulante.

Referencias bibliográficas

1. Konstantinides S, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing G, Harjola V, et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la tromboembolia pulmonar aguda. Guía ESC 2019 para el diagnóstico y tratamiento de la embolia pulmonar aguda. RevEspCardiol. 2020 [acceso 14/09/2024];73(6):1-58. Disponible en: <https://www.revexpcardiol.org/es-guia-esc-para-el-diagnostico-y-tratamiento-articulo-So300893220301500-pdf>.
2. Duffett L, Castellucci L, Forgie M. Pulmonary embolism: update on management and controversies. BMJ. 2020 [acceso 14/09/2024];370. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m2177.long>.
3. Essien E, Rali P, Mathai S. Pulmonary embolism. Med Clin North Am. 2019 [acceso 14/09/2024];103(3):549-64. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712518301780?via%3Dihub>.
4. Serra Machado, Caballero López A. Tromboembolismo Pulmonar. En: Caballero López A. Terapia Intensiva. 3ra ed. 2020. La Habana: ECIMED; 2020 [acceso 14/09/2024]; pp. 549-64. Disponible en:

<http://www.ecimed.sld.cu/2019/10/29/3135/>

5. Asociación Médica Mundial. Finlandia: AMM; 2024 [acceso 14/09/2024]. Disponible en:

<https://www.wma.net/es/policiespost/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-paralas-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

6. Thomas SE, Weinberg I, Schainfeld RM, Rosenfield K, Parmar GM. Diagnosis of Pulmonary Embolism: A Review of Evidence-Based Approaches. J. Clin. Med. 2024 [acceso 14/09/2024];13(13):1-16. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11242034/>.

7. Goldhaber Samuel Z; Piazza Gregory. Embolia pulmonar y trombosis venosa profunda. En: Eugene Braunwald. Tratado de Cardiología. Texto de medicina cardiovascular. 12 ma ed. Barcelona: ELSEVIER. 2022; p. 1635-56.

8. Seropian IM. Utilización de trombolíticos en el tromboembolismo pulmonar con marcadores de alto riesgo o gran carga trombótica sin compromiso hemodinámico. Rev Argent Cardiol. 2020 [acceso 14/09/2024];88(4):359-68. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/journal/3053/305366270012/html/>.

9. Sharp ASP, Attallah A. Future perspectives in catheter-based treatment of pulmonary embolism. Eur Heart J Suppl. 2019 [acceso 14/09/2024];21(1):31-7. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6868381/>.

10. Barca-Hernando M, García-Ortega A, Martínez Meñaca A, Ramírez Martín MP, Rivas-Guerrero A, Tenes A. Tromboembolia de Pulmón. Open Respiratory Archives. 2024;6(4):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.opresp.2024.100342>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: Ramón Arturo Rodríguez Hechavarría, Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Hospital Provincial Saturnino Lora. Santiago de Cuba, Cuba. E-mail: rodriguezhechavarriaramon@gmail.com



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).