

Hallazgo de trombo en tránsito en cavidades derechas sin repercusión hemodinámica mediante ecografía a pie de cama

Facundo Rosso¹ , Alazne Narváez-Gonzalo² , Cristina Marcos-Rivero³ 

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital José María Cullen, Santa Fe, Argentina

²Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Alango (OSI Uribe), Bilbao, España

³Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Landako (OSI Barualde-Galdakao), Bilbao, España

Recibido: 03/07/2025

Aceptado: 04/08/2025

En línea: 31/08/2025

Citar como: Rosso F, Narváez-Gonzalo A, Marcos-Rivero C. Hallazgo de trombo en tránsito en cavidades derechas sin repercusión hemodinámica mediante ecografía a pie de cama. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (agosto); 10(2): 90-93. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n2a16>.

Cite this as: Rosso F, Narváez-Gonzalo A, Marcos-Rivero C. Finding of thrombus in transit in right cavities without hemodynamic repercussions by bedside ultrasound. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (August); 10(2): 90-93. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n2a16>.

Autor para correspondencia: Cristina Marcos-Rivero. cris140496@gmail.com

Palabras clave

- ▷ trombo en tránsito
- ▷ tromboembolismo pulmonar
- ▷ ecocardiografía

Keywords

- ▷ thrombus in transit
- ▷ pulmonary thromboembolism
- ▷ echocardiography

Resumen

El trombo en tránsito auricular es una forma de presentación atípica de tromboembolismo pulmonar, presentándose mayoritariamente en las cavidades derechas. Presentamos el caso clínico de un varón de 86 años que acudió a la Urgencias por deterioro del estado general, edemas en miembros inferiores y empeoramiento de su disnea basal en contexto de TEP de riesgo intermedio. Fue importante en este caso la realización de ecocardiografía, donde se objetivó un trombo en tránsito en cavidades derechas lo que indicaba un elevado riesgo de TEP de repetición y empeoramiento clínico.

Abstract

Thrombus in atrial transit is an atypical presentation of pulmonary thromboembolism, occurring mainly in the right cavities. We present the clinical case of an 86-year-old man who came to the Emergency department due to deterioration in his general condition, edema in his lower limbs, and worsening of his baseline dyspnea in the context of intermediate-risk pulmonary thromboembolism. In this case, an echocardiography was important, as it revealed a thrombus in transit in the right cavities, indicating a high risk of recurrent pulmonary thromboembolism and clinical worsening.

Puntos destacados

- ▷ Consideramos interesante este caso ya que expone una manifestación clínica atípica de tromboembolismo pulmonar así como diagnóstica, objetivándose trombo en tránsito en cavidades derechas mediante ecocardiografía, la cual de por sí supone un hallazgo patognomónico y a su vez infrecuente.
- ▷ Destaca la importancia del uso de la ecocardiografía, que ayuda a realizar un diagnóstico temprano e implantar el tratamiento adecuado en una patología con mortalidad precoz elevada.

Introducción

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una enfermedad tromboembólica potencialmente mortal pudiendo ser de difícil diagnóstico dado que en ocasiones la clínica es inespecífica. La presencia de un trombo auricular es considerada una forma inusual de la enfermedad, suponiendo menos del 4% de los pacientes con TEP no seleccionados, encontrándose la mayoría de ellos en la aurícula derecha. Sin embargo, su prevalencia puede alcanzar el 18% en la

unidad de cuidados intensivos. La migración de dicho trombo desde las cavidades derechas a la circulación pulmonar produce un TEP, siendo mortal en el 45% de los casos^{1,2}.

Las opciones terapéuticas radican en tratamiento conservador o quirúrgico, no habiendo un consenso en la actualidad^{1,3,4}. La trombólisis es la técnica de primera elección por numerosos autores dada su eficacia precoz, reduciendo la recurrencia de embolia pulmonar y la mortalidad relacionada con la misma; sin embargo, no hay una disminución significativa en la mortalidad global en pacientes con TEP estable, asociando un aumento de hemorragias graves^{5,6}. Otros autores muestran resultados favorables tanto a corto como largo plazo realizando tratamiento quirúrgico en pacientes con TEP y trombo en cavidades derechas⁷.

La ecocardiografía es una herramienta útil para la detección de un trombo en tránsito en aurícula derecha, permitiendo realizar un diagnóstico preciso y precoz, además de un control de la eficacia del tratamiento empleado^{1,2}. Asimismo, como se puede observar en el caso clínico, la ecocardiografía puede resultar útil en el diagnóstico, pero carece de estudios y de evidencia en cuanto a su sensibilidad.

Caso clínico

Antecedentes y enfermedad actual

Se presenta el caso de un paciente de 86 años de edad, con antecedentes de dislipemia, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular isquémico de etiología indeterminada, amiloidosis cardiaca, deterioro cognitivo leve e hiperplasia prostática benigna. En tratamiento habitual con pantoprazol 40 mg/día, dapagliflozina 10 mg/día, clopidogrel 75 mg/día, furosemida 40 mg/día, atorvastatina 80 mg/día y tamsulosina/dutasterida 0,5/0,4 mg/día. Llegó a Urgencias por deterioro del estado general, edema en miembros inferiores y empeoramiento de la disnea basal hasta hacerse de reposo en las 2 semanas anteriores.

Exploración física

En el servicio de Urgencias se valoró al paciente encontrándolo vigil, orientado, con buena perfusión periférica y sin signos de deshidratación. Los signos vitales eran los siguientes: TA 128/76 mmHg, FC 83 lpm, T° 35,6 °C, SpO₂ 93% (aire ambiente), FR 16 rpm. En la auscultación cardiopulmonar se objetivaron crepitantes bibasales. La palpación del abdomen era anodina, y en el examen de los miembros inferiores se objetivaron pulsos presentes y simétricos y edemas perimaleolares con fovea.

Pruebas complementarias

Se realizó una radiografía de tórax en Urgencias, la cual se informó como cardiomegalia con redistribución de flujo. En el electrocardiograma no se detectaron alteraciones de la repolarización, frecuencia cardiaca de 75 lpm y ritmo sinusal. En la analítica sanguínea inicial los parámetros se encontraban dentro de los valores normales. Sí se observó un nivel de NT-proBNP de 8.095 pg/mL (tabla 1).

	Valor analítico	Rango de normalidad
Hemoglobina	16,7 g/dL	13- 17 g/dL
Leucocitos	7.000/μL (63 % neutrófilos, 20 % linfocitos)	4.000-10.000/μL
Plaquetas	215.000/μL	150.000-400.000/μL
Glucemia	120 mg/dL	70-130 mg/dL
Urea	41 mg/dL	10-50 mg/dL
Creatinina	0,82 mg/dL	0,5-1,2 mg/dL
Sodio	138 mEq/L	135-145 mEq/L
Cloro	100 mEq/L	96-106 mEq/L
PCR	2 mg/L	<10 mg/L
NTproBNP	8095 pg/mL	<300 pg/ml
INR	1,5	<1,1
KPTT	32 s	35-45 s

Tabla 1. Analítica al ingreso hospitalario. PCR=proteína C reactiva. INR= índice internacional normalizado. KPTT= tiempo de tromboplastina parcial con kaolín.

Evolución

Ingresó a servicio de Medicina Interna por sospecha de insuficiencia cardiaca descompensada para tratamiento. Durante el ingreso en planta el paciente evolucionó con delirium hipoactivo, distensión abdominal, oliguria y dolor en

miembros inferiores con frialdad periférica. Se realizó ecografía clínica a pie de cama donde se estimó un volumen vesical de 1.550 mL e hidronefrosis bilateral. Venas de ambas extremidades sin signos de trombosis venosa profunda.

En la ecocardiografía se objetivó hipertrofia del ventrículo derecho, teniendo una medición en el plano subxifoideo de la pared libre del ventrículo derecho de 7 mm (normal <6 mm) en probable relación a la amiloidosis cardiaca conocida y función sistólica del mismo deprimida, esta última obtenida de manera visual en el plano apical de 4 cámaras. En esta proyección y también de forma visual, se objetivó además dilatación del ventrículo derecho observándose una relación VD/VI mayor a 1. Aurícula derecha con dilatación leve y desviación del septum interauricular hacia la izquierda. Insuficiencia aórtica, mitral y tricúspidea. Probabilidad intermedia de hipertensión pulmonar (HTP) objetivable debido a la presencia de insuficiencia tricúspidea evaluada mediante Doppler continuo, siendo de visu >2,5 m/s asociado a una vena cava inferior >2 cm y colapsabilidad <50% con la inspiración. Derrame pericárdico moderado/grave sin datos de compromiso hemodinámico lo que orienta a cronicidad del mismo, de nuevo en probable contexto de amiloidosis. Se visualizó trombo en tránsito en aurícula y ventrículo derechos (figura 1). Se interpretó el cuadro como tromboembolismo pulmonar de riesgo intermedio, dado que el paciente se encontraba hemodinámicamente estable con datos de disfunción del ventrículo derecho (VD)².

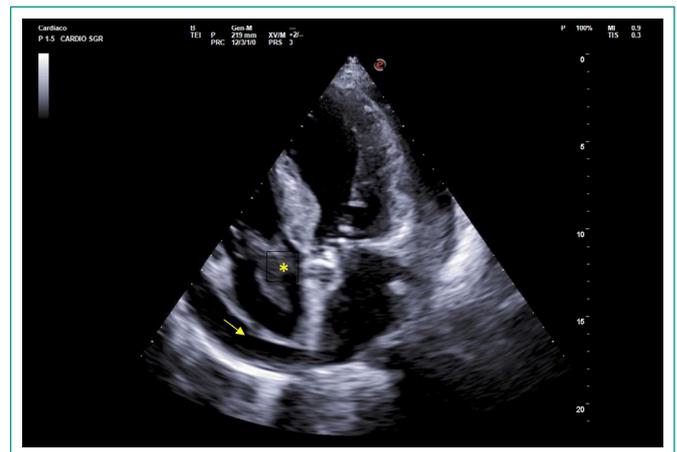


Figura 1. Vista apical de 4 cámaras. Trombo flotante en aurícula derecha. Asterisco: trombo en tránsito en aurícula derecha. Flecha: derrame pericárdico.

Se decidió sondaje vesical e inicio de anticoagulación terapéutica y se informó a la familia para planificar cuidados al final de la vida. Se repitió a las 24 horas la ecocardiografía evidenciando resolución de trombo en cavidades derechas en posible relación a embolización hacia circulación pulmonar derecha (figura 2). Se constató dilatación selectiva de arteria pulmonar derecha (figura 2), con un tiempo de aceleración pulmonar (TAP) de 75 ms con morfología sin muesca. Además, el VD se encontraba más dilatado de visu. Dada la mala evolución clínica, y la imposibilidad de mejorar a pesar del tratamiento aplicado, se decidió priorizar las medidas de confort.

Diagnóstico

Tromboembolismo pulmonar de riesgo intermedio secundario a trombo en tránsito en cavidades derechas sin repercusión hemodinámica.

Discusión y conclusiones

Se presenta este caso ante el hallazgo de un trombo en tránsito en cavidades derechas que, aunque infrecuente, es uno de los pocos (si no el único) hallazgos ecocardiográficos patognomónicos de TEP. Su presencia no solo permite tener una alta sospecha diagnóstica, sino que también puede tener implicaciones

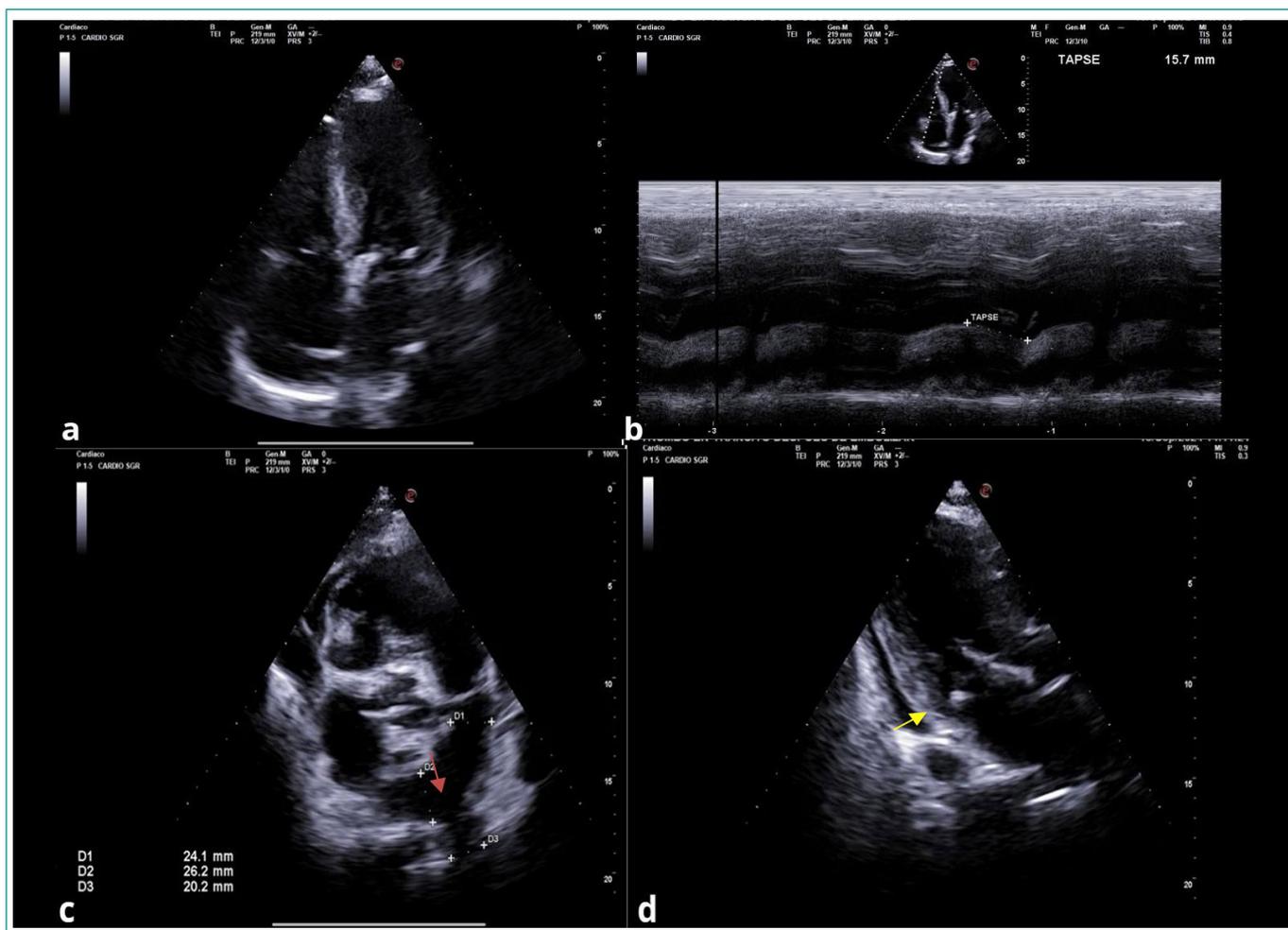


Figura 2. (A) Vista apical de 4 cámaras: resolución de trombo en cavidades derechas. (B) Valoración función longitudinal del ventrículo derecho post embolización del trombo a circulación pulmonar, TAPSE 15,7 mm (normal > 16 mm). (C) Vista paraesternal eje corto, grandes vasos: tronco arteria pulmonar principal 24 mm (normal 9-29 mm), dilatación selectiva de arteria pulmonar derecha 26 mm (normal 7-17 mm) (flecha roja). (D) Vista paraesternal eje largo: derrame pericárdico (flecha amarilla).

pronósticas y terapéuticas relevantes al asociarse con una mayor mortalidad y riesgo de embolización masiva. Cabe destacar, por tanto, el papel de la ecografía clínica que permite evitar la realización de técnicas más invasivas o costosas, debido al enfoque paliativo adoptado en este caso.

En este paciente, además del trombo en tránsito, se observaron signos claros de sobrecarga de cavidades derechas, lo que apoya el diagnóstico de HTP. Si bien, inicialmente la hipertrofia del VD podría sugerir un componente crónico de esta sobrecarga, su presencia debe interpretarse en el contexto de la amiloidosis cardíaca conocida del paciente, una condición que puede causar engrosamiento miocárdico independientemente de la presión pulmonar. Esto obliga a considerar que la hipertrofia no necesariamente implica una HTP preexistente, sino que podría ser atribuible a la infiltración amiloide, subrayando la complejidad del cuadro clínico.

Por otro lado, obtuvimos un TAP de 75 ms, valor que se encuentra en un rango que sugiere una resistencia pulmonar aumentada, que junto con la disfunción y dilatación del VD que empeoraron en menos de 24 horas, orienta a un fenómeno agudo.

Por lo tanto, debemos resaltar que, gracias a la realización de la ecografía clínica, con especial énfasis en la ecocardiografía, se obtuvo un diagnóstico más certero, lo que permitió ofrecer cuidados más adecuados e individualizados para el paciente.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

Bibliografía

1. Blanco Peláez J, Molinero de Miguel E, Sáez Moreno R, Ruiz Gómez L, Etxebeste J, García Martín R, *et al.* Right-atrial floating thrombus attached to the interatrial septum with massive pulmonary embolism diagnosed by echocardiography. *Int J Cardiol.* 2008; 131(1): 125-27. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2007.06.092> (último acceso ago. 2025).
2. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing GJ, Harjola VP, *et al.* ESC Scientific Document Group (2020). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). *European heart journal.* 2019; 41(4): 543-603. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz405> (último acceso ago. 2025).
3. Tsarouhas K, Kafantaris I, Antonakopoulos A, Limberopoulos G, Kouzanidis I, Vavetsi S, *et al.* Free floating thrombus in the right atrium causing massi-

- ve pulmonary embolism. *Int J Cardiol.* 2010; 138(2): e21-3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2008.06.014> (último acceso ago. 2025).
4. Santos Martínez LE, Uriona Villarroel JE, Exaire Rodríguez JE, Mendoza D, Martínez Guerra ML, Pulido T, *et al.* Massive pulmonary embolism, thrombus in transit, and right ventricular dysfunction. *Arch Cardiol Mex.* 2007; 77(1): 44-53. Accesible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/contenido.cgi?IDPUBLICACION=1237>. (último acceso feb. 2025).
 5. Pierre-Justin G, Pierard LA. Management of mobile right heart thrombi: a prospective series. *Int J Cardiol.* 2005; 99(3): 381-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2003.10.071> (último acceso ago. 2025).
 6. Marti C, John G, Konstantinides S, Combescore C, Sanchez O, Lankeit M, *et al.* Systemic thrombolytic therapy for acute pulmonary embolism: a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J.* 2015; 36(10): 605-14. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu218> (último acceso ago. 2025).
 7. Zieliński D, Zygier M, Dyk W, Wojdyga R, Wróbel K, Pirsztuk E, *et al.* Acute pulmonary embolism with coexisting right heart thrombi in transit—surgical treatment of 20 consecutive patients. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2023; 63(4): ezad022. doi: <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezad022> (último acceso ago. 2025).