

Embolias de repetición por trombo en aorta torácica detectado por ecocardiografía transesofágica. ¿Cuál es actualmente el tratamiento más adecuado?

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una mujer de 50 años que mostraba como únicos factores de riesgo cardiovascular el tabaquismo y la obesidad mórbida (índice de masa corporal = 53). La paciente ingresó en el servicio de cirugía vascular por isquemia arterial aguda en la extremidad inferior izquierda, y se objetivó una obstrucción de la arteria iliaca externa. Se trató mediante fibrinólisis intraarterial, que inicialmente fue eficaz, pero con posterior reoclusión precoz.

Con el fin de localizar posibles fuentes embólicas, se realizó un ecocardiograma transesofágico que mostró, a nivel de aorta torácica tras la salida de la subclavia izquierda, un trombo móvil sobre una placa de ateromatosis complicada (fig. 1). La tomografía computarizada torácica mostró una extensión del trombo hasta la aorta infradiafragmática, alcanzando las proximidades del tronco celiaco (fig. 2).

Como primera opción terapéutica se propuso tratamiento quirúrgico, que la paciente rechazó, por lo que se inició anticoagulación oral. La evolución posterior estuvo marcada por embolias periféricas de repetición en la misma extremidad a pesar de cifras de INR terapéuticas adecuadas; finalmente fue necesaria la amputación de la extremidad.

Los trombos en la aorta torácica son una afección poco frecuente asociada a lesiones ateroscleróticas, úlceras o dilataciones aórticas, y son una fuente potencial de embolias.

El uso de la ecocardiografía transesofágica proporciona una excelente resolución espacial y per-

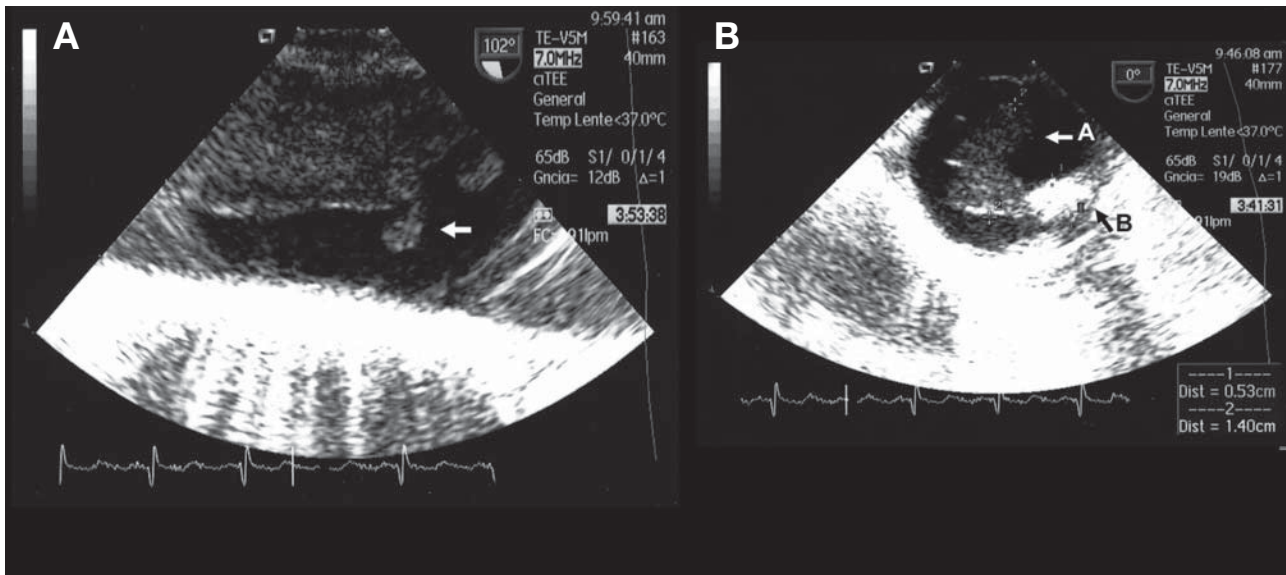


Fig. 1. A: corte sagital de ecocardiograma transesofágico con trombo pedunculado y móvil en la aorta torácica. B: placa complicada de 5,3 mm (flecha A) con imagen de ulceración (flecha B) donde anclaba el trombo.

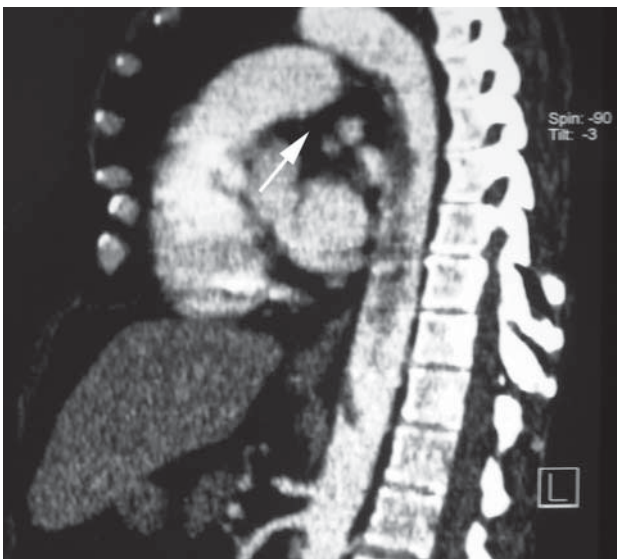


Fig. 2. Corte sagital de la tomografía computarizada torácica tras contraste con imagen de trombo a nivel de aorta descendente torácica alta (flecha), con extensión hasta nivel infradiaphragmático de aorta.

mite la visualización detallada de la superficie intimal^{1,2}.

El tratamiento de los trombos flotantes en la aorta es actualmente un tema controvertido y solamente se ha abordado en estudios retrospectivos³.

Se dispone de varias opciones terapéuticas como anticoagulación¹, trombolisis, tromboaspiración, trombectomía con catéter balón⁴, trombectomía abierta, trombendarterectomía o sustitución aórtica protésica⁵⁻⁷. Está en desarrollo la exclusión del trombo mediante la implantación de una endoprótesis aórtica.

Algunos autores recomiendan iniciar la anticoagulación con heparina durante 2 semanas y reevaluar mediante ecocardiograma transesofágico la evolución del trombo. Si éste se resuelve, se inicia la anticoagulación oral crónica, y si persiste, se mantiene el tratamiento con heparina, mientras se reserva la cirugía para los casos de embolias recurrentes.

Otros autores (como ocurrió en el caso presentado, dadas las características físicas del trombo y la reoclusión precoz tras la fibrinólisis de la arteria) abogan por un tratamiento más agresivo una vez realizado el diagnóstico, ante la probabilidad de una mala evolución posterior.

Actualmente se está desarrollando el tratamiento endovascular con exclusión del trombo y cobertura de la pared aórtica con endoprótesis, para tratar así el trombo móvil y la causa subyacente (placa de ateroma, úlcera aórtica, etc.)⁸. De esta forma se evitan recurrencias y se permite un manejo posterior con antiagregación, con lo que se evita la anticoagulación.

A pesar de la falta de estudios aleatorizados (dado el escaso número de casos) y a la vista de las escasas complicaciones y los buenos resultados obtenidos (evitando en gran medida la recurrencia de embolias), la estrategia invasiva mediante exclusión del trombo flotante con implantación de endoprótesis vascular ha de considerarse como una forma precoz de tratamiento siempre que la localización del trombo lo permita.

Baltasar Lainez, Valeriano Ruiz, Raúl Ramallal
y José C. Cordo
Servicio de Cardiología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. Álava.
España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choukroun EM, Labrousse LM, Madonna FP, Deville C. Mobile thrombus of the thoracic aorta: diagnosis and treatment in 9 cases. *Ann Vasc Surg.* 2002;6:714-22.
2. Criado E, Wall P, Lucas P, Gasparis A, Proffit T, Ricotta J. Transesophageal echo-guided endovascular exclusion of thoracic aortic mobile thrombi. *J Vasc Surg.* 2004;39:238-42.
3. Martínez-Aguilar E, Acín F, López-Quintana A, De Haro-Miralles J. Tratamiento endovascular de trombo flotante sintomático de aorta torácica. *Angiología.* 2008;60:347-52.
4. Scheineidermann J, Feinberg MS, Schawmmenthal E, Tenenbaum A, Garniak A, Morag B, et al. Protuding aortic arch thrombus: treatment with minimally invasive surgical approach. *J Vasc Surg.* 2004;40:1083-8.
5. Rossi PJ, Desai TR, Skelly CL, Curi MA, Glagov S, Schwartz LB. Paravisceral aortic thrombus as a source of peripheral embolization: report of three cases and review of the literature. *J Vasc Surg.* 2002;36:839-43.
6. Hazirolan T, Perler BA, Bluemke DA. Floating thoracic aortic thrombus in 'protein S' deficient patient. *J Vasc Surg.* 2004;40:381.
7. Gouëffic Y, Chaillou P, Pillet C, Duveau D, Patra P. Surgical treatment of nonaneurysmal aortic arch lesions in patients with systemic embolization. *J Vasc Surg.* 2002;36:1186-93.
8. Shames ML, Rubin BG, Sánchez LA, Thompson RW, Sicard GA. Treatment of embolizing arterial lesion with endoluminally placed stent grafts. *Ann Vasc Surg.* 2002;16:608-12.