

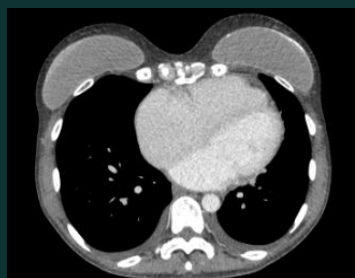
Shock cardiogénico por insuficiencia mitral severa simulando un tromboembolismo pulmonar de alto riesgo

Pedro Huici, Paul Arias, Mariano Bergier, Ezequiel Lillo, Luciano Lucas
Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de Buenos Aires

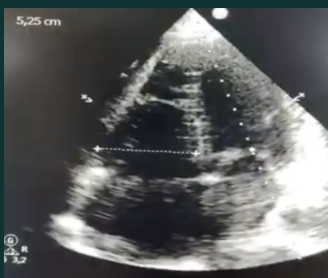
PRESENTACIÓN DEL CASO

- Mujer de 53 años, sin antecedentes cardiovasculares
- Antecedente de hipertiroidismo y fibrilación auricular no medicada.
- Consulta por edemas en miembros inferiores y ascitis de 10 días de evolución. TSH suprimida en laboratorio.
- Electrocardiograma de ingreso con ritmo de Fibrilación Auricular a 120 latidos por minuto con bloqueo de rama derecha.
- Descompensación súbita: disnea, hipotensión y cianosis → Requerimiento de IOT y drogas vasoactivas

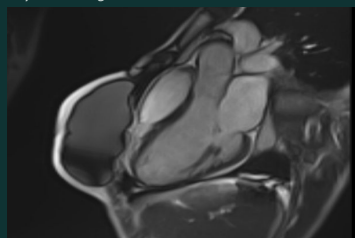
HALLAZGOS POR IMÁGENES



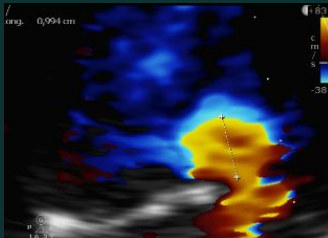
TC tórax: dilatación del tronco pulmonar y sobrecarga de VD



ETT apical: VD dilatado (5,25 cm)



RMC: Dilatación AD/VD (FEVD 37%)



PISA (0.99) — IM severa

CAMINO DIAGNÓSTICO

1

Sospecha inicial

Shock con Ventrículo Derecho dilatado en ecocardiograma bedside → se interpreta como TEP de alto riesgo → trombolisis empírica sin mejoría clínica.

2

Reevaluación diagnóstica

La falta de respuesta y la ausencia de disociación entre clínica y biomarcadores cardíacos orientan a otra etiología.

3

Ecocardiograma transtorácico

Insuficiencia Mitral severa (jet central, efecto Coanda; AORE 0,55 cm²; vol. regurgitante 62 ml). VD dilatado con disfunción leve, IT moderada.

4

Caracterización del mecanismo

ETE: restricción de valva posterior (P2-P3) y engrosamiento de valva anterior, sugiriendo cuerda rota (A2). RMC: V.I severamente dilatado con FEVI 62%, FEVD 37%, sin prolapso.

5

Diagnóstico final

Shock cardiogénico por Insuficiencia Mitral orgánica severa (**Carpentier tipo I**) simulando TEP masivo. Se confirma en plástica mitral con resultado exitoso.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

- Soporte con milrinona, noradrenalina y adrenalina; ARM inicial con extubación exitosa
- Diuréticos endovenosos, balance negativo y desescalada de vasoactivos
- Hipertiroidismo: metimazol con normalización hormonal
- Fibrilación Auricular : Cardioversión eléctrica + amiodarona, revirtiendo a ritmo sinusal estable

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA

- La cirugía confirma el mecanismo sospechado por imágenes: retracción severa de P2-P3 con hendidura y prolapso comisural posterior
- Se realiza plástica mitral (reparación conservadora)
- ETE post-C.E.C: sin insuficiencia mitral residual, válvula continente, gradiente medio 5–8 mmHg

CONCLUSIÓN

La ausencia de respuesta a la trombolisis y la falta de disociación clínica-biomarcadores fueron claves para reorientar el diagnóstico. La imagen multimodal (ETT, ETE, RMC) definió el mecanismo valvular, confirmado luego en la plástica mitral con resultado exitoso.