



IMÁGENES EN MEDICINA INTENSIVA

Inusual causa de *shock* cardiogénico

An unusual cause of cardiogenic shock



P. Ruiz de Gopegui Miguelena*, P. Zárate Chug y P. Ruiz Frontera

Medicina Intensiva, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

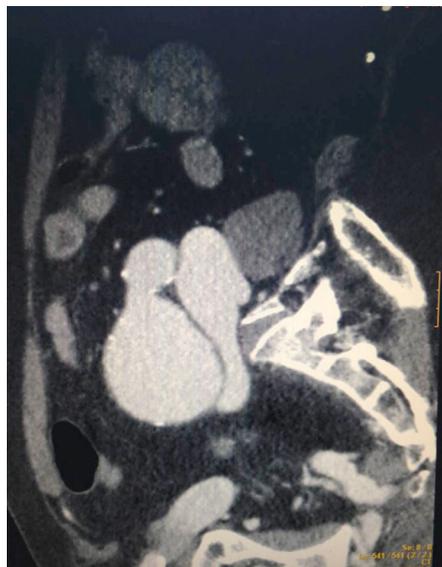


Figura 1

Varón de 75 años, antecedentes de hipertensión y dislipemia. Acude a urgencias por dolor torácico isquémico de 48 h de evolución. El electrocardiograma (ECG) muestra un ritmo sinusal de 110 lpm, bloqueo de rama derecha y elevación de ST en cara inferior; analíticamente destaca acidosis metabólica y ligera elevación de la troponina I (0,40 ng/dl). El paciente está hipotenso y oligoanúrico, con una correcta saturación de oxígeno. A la exploración: mala perfusión periférica, tendencia a la taquipnea, masa pulsátil en ingle izquierda. Se sospecha un síndrome coronario agudo y se decide hacer una coronariografía urgente, pero antes se realiza un angio-TC (fig. 1) para descartar síndrome aórtico. Se aprecia un aneurisma de arteria iliaca izquierda y un relleno precoz de la vena cava inferior, sugiriendo una posible comunicación arteriovenosa por complicación del aneurisma. Con este resultado no se realizó la coronariografía y se sospechó de un *shock* cardiogénico por fracaso ventricular derecho (VD) secundario al aumento brusco de su precarga, debido a una fístula arteriovenosa de alto débito. Se confirmó con una ecocardiografía: dilatación de VD, insuficiencia tricuspídea grave, TAPSE < 10 mm, función ventricular izquierda conservada. Tras el cierre urgente de la fístula se normalizaron las constantes, el ECG y la ecocardiografía.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Pablo.ruiz87@hotmail.com (P. Ruiz de Gopegui Miguelena).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.06.002>

0210-5691/© 2016 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.