

DOI: 10.26820/reciamuc/9.(3).julio.2025.153-160

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1613>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 153-160



Mimetismo clínico de tromboembolia pulmonar vs anomalía de Ebstein: reporte de caso

Clinical mimicry of pulmonary embolism vs Ebstein's anomaly: case report

Mimetismo clínico da embolia pulmonar versus anomalia de Ebstein: relato de caso

Luis Fernando Pinargote Mendoza¹; Julio Alejandro Feijoo Andrade²; Pedro Antonio Reyna Garces³; Celin Alexander Ceron Santana⁴; Carmen Rosario Bermudez Garcia⁵

RECIBIDO: 21/06/2025 **ACEPTADO:** 02/07/2025 **PUBLICADO:** 28/08/2025

1. Especialista en Cardiología; Médico Cirujano; Hospital Miguel H. Alcivar; Sucre, Ecuador;  <https://orcid.org/0009-0002-0818-1718>
2. Médico - Especialista en Endocrinología; Médico Cirujano; Hospital Miguel H. Alcivar; Sucre, Ecuador;  <https://orcid.org/0009-0001-9065-5793>
3. Máster Universitario en Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud; Médico General; Hospital Miguel H. Alcivar; Sucre, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0002-9713-0332>
4. Médico Cirujano; Hospital Miguel H. Alcivar; Sucre, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0002-7722-039X>
5. Especialista en Medicina Interna; Doctor en Medicina y Cirugía; Hospital Miguel H. Alcivar; Sucre, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0001-7747-7083>

CORRESPONDENCIA

Pedro Antonio Reyna Garces

pedro_reyna@hmha.gob.ec

Sucre, Ecuador

RESUMEN

La anomalía de Ebstein es una cardiopatía congénita infrecuente, cuya presentación clínica en adultos puede ser altamente variable, desde cuadros silentes hasta manifestaciones agudas que simulan enfermedades adquiridas. Se presenta el caso de una mujer de 41 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y discapacidad intelectual, quien durante la hospitalización desarrolla disnea súbita, hipotensión y hallazgos ecocardiográficos sugestivos de tromboembolia pulmonar. Sin embargo, un ecocardiograma posterior reveló anomalía de Ebstein sin evidencia de hipertensión pulmonar, lo cual ilustra el desafío diagnóstico que representa la anomalía de Ebstein cuando se presenta de forma aguda y simula una tromboembolia pulmonar. Por tanto, la anomalía de Ebstein debe incluirse en el diagnóstico diferencial de disnea súbita e insuficiencia cardíaca derecha en adultos, especialmente cuando la sospecha de tromboembolia pulmonar no se confirma por imagen.

Palabras clave: Anomalía de Ebstein, Insuficiencia Cardíaca Derecha, Embolia Pulmonar, Ecocardiografía Transtorácica, Diagnóstico Diferencial.

ABSTRACT

Ebstein's anomaly is an uncommon congenital heart defect whose clinical presentation in adults can vary widely—from silent cases to acute episodes mimicking acquired diseases. We present the case of a 41-year-old woman with a history of type 2 diabetes mellitus and intellectual disability, who during hospitalization developed sudden dyspnea, hypotension, and echocardiographic findings suggestive of pulmonary thromboembolism. However, a subsequent echocardiogram revealed Ebstein's anomaly without evidence of pulmonary hypertension, underscoring the diagnostic challenge posed by acute presentations of Ebstein's anomaly that imitate pulmonary embolism. Therefore, Ebstein's anomaly should be included in the differential diagnosis of sudden dyspnea and right-sided heart failure in adults—especially when imaging fails to confirm suspected pulmonary thromboembolism.

Keywords: Ebstein's Anomaly, Right Heart Failure, Pulmonary Embolism, Transthoracic Echocardiography, Differential Diagnosis.

RESUMO

A anomalia de Ebstein é um defeito cardíaco congénito pouco comum cuja apresentação clínica em adultos pode variar amplamente — desde casos assintomáticos até episódios agudos que imitam doenças adquiridas. Apresentamos o caso de uma mulher de 41 anos com histórico de diabetes mellitus tipo 2 e deficiência intelectual, que durante a hospitalização desenvolveu dispneia súbita, hipotensão e achados ecocardiográficos sugestivos de tromboembolismo pulmonar. No entanto, um ecocardiograma subsequente revelou anomalia de Ebstein sem evidência de hipertensão pulmonar, ressaltando o desafio diagnóstico colocado pelas apresentações agudas da anomalia de Ebstein que imitam a embolia pulmonar. Portanto, a anomalia de Ebstein deve ser incluída no diagnóstico diferencial de dispneia súbita e insuficiência cardíaca direita em adultos — especialmente quando as imagens não confirmam a suspeita de tromboembolismo pulmonar.

Palavras-chave: Anomalia de Ebstein, Insuficiência cardíaca direita, Embolia pulmonar, Ecocardiografia transtorácica, Diagnóstico diferencial.

Introducción

La anomalía de Ebstein en una cardiopatía congénita poco frecuente, que constituye menos del 1% de todas las malformaciones cardíacas congénitas, con una incidencia aproximada de 1 por cada 200.000 nacidos vivos. Se caracteriza por un desplazamiento apical de la inserción septal y posterior de la válvula tricúspide en el ventrículo derecho, lo cual provoca una "auriculización" de una parte del ventrículo derecho ocasionando disfunción valvular tricuspídea y alteraciones en el llenado ventricular (1,3). A pesar de que generalmente se diagnostica en fases iniciales, en adultos puede permanecer indetectada hasta que se manifiesta en situaciones clínicas agudas (4).

Las manifestaciones clínicas de la anomalía de Ebstein están diversas y dependen del grado de desplazamiento valvular, la gravedad de la insuficiencia tricuspídea y la presencia de anomalías estructurales asociadas, como la comunicación interauricular, que se observa en hasta el 80% de los casos (3-4). En adultos, los síntomas generalmente se presentan de manera progresiva, aunque en ciertas circunstancias pueden surgir de forma abrupta, como en el contexto de infecciones, arritmias o descompensaciones hemodinámicas.

Uno de los principales desafíos diagnósticos es su similitud clínica con condiciones agudas como la tromboembolia pulmonar (TEP), particularmente cuando la presentación abarca disnea súbita, hipoxemia, hipotensión y signos de sobrecarga del ventrículo derecho (6,7). En estos casos, hallazgos ecocardiográficos como la dilatación de las cavidades derechas y el signo de McConnell, aunque frecuentemente vinculados a TEP, no son patognomónicos (8).

El presente reporte describe un caso clínico en el que una anomalía de Ebstein previamente no diagnosticada se manifestó con características clínicas que simulan una TEP aguda. Esta situación pone en relieve la

necesidad de considerar anomalías congénitas dentro del diagnóstico diferencial ante cuadros de disfunción ventricular derecha de origen no filiado, incluso en adultos (10).

Presentación del caso

Paciente femenina 41 años de edad, estado civil unión libre, de etnia mestiza, procedente y residente de San Vicente- Manabí, de ocupación ama de casa, con antecedente de discapacidad intelectual del 80%, Diabetes Mellitus tipo 2 de larga data en tratamiento con metformina 500 mg diario e insulina NPH 10 UI subcutánea diaria, no refiere consumo de alcohol ni tabaco.

Acude al área de emergencia referida de Unidad de Salud de Primer Nivel, por cuadro clínico de 15 días de evolución que inicia con disnea de moderados esfuerzos y astenia, 4 días previo al ingreso cuadro exacerbado por fiebre no cuantificada, escalofríos, disuria asociados a leucorrea e hiperglicemia.

A la valoración inicial, paciente con tensión arterial 90/60 mmHg, tensión arterial media 68 mmHg, frecuencia cardíaca 91 lpm, frecuencia respiratorias 18 rpm, saturación de oxígeno 92% al ambiente. Al examen físico: tórax expansible, simétrico con buen patrón ventilatorio y murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos agregados, ruidos cardíacos R1- R2 audibles en cuatro focos, rítmicos, no soplos. Abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, blando depresible, doloroso en región de hipogastrio sin signos de irritación peritoneal. Genitales con introito vaginal con eritema marcado, secreción vaginal espesa amarillenta de moderada cuantía grumosa. Extremidades inferiores con edema Godet ++/++++. En estudios de laboratorio de evidencia signos de respuesta inflamatoria posiblemente asociada a proceso infeccioso de foco urinario (Tabla 1).

Tabla 1. Estudios de laboratorio

Parámetros	Valores	Unidad de medida
Biometría		
Glóbulos Blancos	24050	/ μ L
Neutrófilos %	92.4	%
Linfocitos %	3.6	%
Hemoglobina	11.3	g/dL
Hematocrito	34.7	%
Vol. Corpuscular Medio	86.6	fL
Hgb. Corpuscular Media	28.2	pg
Conc. Hgb. Corpuscular Media	32.6	g/dL
Plaquetas	267000	K/ μ L
Bioquímica		
Glucosa Basal	610	mg/dL
HbA1c	18.26	%
Urea	98	mg/dL
Creatinina	1.5	mg/dL
TGO / ASAT	7.51	U/L
TGP / ALAT	9.45	U/L
INR	1.25	
Sodio	131.27	mmol/L
Potasio	4.72	mmol/L
Cloro	104.3	mmol/L
Gasometría		
pH	7.43	
PO ₂	129	mmHg
PCO ₂	31.8	mmHg

HCO ₃	20.9	mmol/L
Exceso de base (EB)	-3.3	mmol/L
Lactato	2.0	mmol/L
Elemental de orina		
Leucocitos	+++	
Nitritos	Positivo	
Proteinuria	30	mg/dL
Glucosuria	1000	mg/dL
Piocios	Incontables	
Bacterias	+++	

Fuente: Base de datos del Hospital Miguel H. Alcivar.

Electrocardiograma: ritmo sinusal con frecuencia cardíaca de 65 latidos por minutos, eje del QRS normal, con intervalo 150 ms, con QRS de duración 120 ms, hipovoltaje difuso de ambos planos, y adecuada transición en precordiales. Segmento ST isonivelado y onda T plana en D3 y AVF.

Ecografía Transvaginal: Se observa liquido en fondo de saco de Douglas, en relación a Enfermedad Inflamatoria Pelvica (EIP).

Posterior al manejo inicial y estudios complementarios, paciente ingresa al área de Hospitalización de Medicina Interna bajo el contexto de Diabetes Mellitus Tipo 2 descompensada, Infección de Vías Urinarias y Enfermedad Inflamatoria Pélvica, con esquema de hidratación parenteral amplia, antibioterapia e insulino terapia.

En hospitalización, paciente intercorre con episodio de disnea súbita, desaturación severa e hipotensión poco respondedora a volemia, por lo que se interconsulta al área de Cuidados Intensivos donde realizan rastreo ecografico a pie de cama (POCUS), además de rastreo ecocardiográfico donde se

observa en Eje paraesternal corto dilatación de cavidades derecha con signo de Maccornell positivo y Score de Wells moderado. Se complementa estudio de laboratorio, donde se evidencia elevación de Dímero D en valores de 1.095 mcg/ml, estableciéndose un diagnóstico presuntivo inicial de TEP, por lo que se coordina estudio de Angiotomografía Contrastada de Tórax, siendo negativa para TEP. Durante su estancia en UCI, paciente persiste con dilatación de cavidades cardíacas derechas en rastreo ecográficos subsecuentes, por lo que se solicita valoración al Servicio de Cardiología que realiza informe completo de Ecocardiograma Transtorácico reportando una implantación baja de la valvula tricúspide con insuficiencia severa de la misma (Figura 1). Paciente se traslada a hospitalización con seguimiento por dicha especialidad con diagnóstico definitivo de Anomalía de Ebstein, desde donde se tramita derivación para cateterismo de cavidades derechas con prueba de vasorreactividad pulmonar.

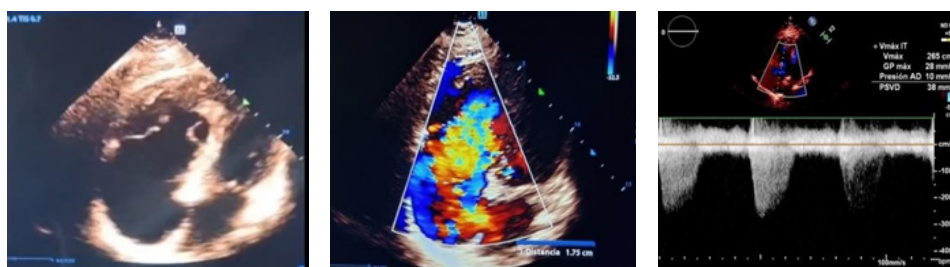


Figura 1. Ecocardiograma

Fuente: Servicio de cardiología. A. Implantación baja de la Válvula Tricúspide en Ventriculo Derecho. B. Insuficiencia Tricúspidea Severa. C. Regurgitación Tricúspidea Severa con PSPA de 38 mmHg.

En procedimiento realizado en unidad de mayor capacidad resolutive le reportan ausencia de hipertensión pulmonar y anomalía congénita adicional de comunicación interauricular.

Discusión

La anomalía de Ebstein es rara, sí, pero cuando se presenta, puede ser la causa silenciosa detrás de una insuficiencia cardíaca derecha en adultos (1). Lo más llamativo es que muchas veces pasa desapercibida, en parte por su curso clínico tan discreto que no da motivos para sospechar (2,3). Eso, claro, hasta que algo la descompensa.

En este caso en particular, la paciente llegó con disnea súbita, hipotensión y signos ecocardiográficos que apuntaban, casi sin discusión, a una tromboembolia pulmonar. Incluso presentaba un signo de McConnell positivo, lo cual reforzaba esa hipótesis. Sin embargo, y acá empieza a abrirse el diagnóstico, estudios previos ya habían advertido que este hallazgo no es exclusivo del TEP; también puede aparecer en otras situaciones, como ciertas disfunciones del ventrículo derecho de origen estructural (4–6).

El ecocardiograma transtorácico fue el punto de inflexión. Al detectar una implantación anómala de la valva septal de la tricúspide y una insuficiencia severa, el escenario cambió. La anomalía de Ebstein pasó de ser improbable a evidente (2,3). Y no es un caso aislado: la literatura descri-

be diagnósticos en adultos que aparecen casi de casualidad, durante estudios por otras causas (7,8).

Hay algo más. En contextos de infección grave o desequilibrios metabólicos, como la cetoacidosis diabética que tenía esta paciente, malformaciones cardíacas previas pueden descompensarse de forma aguda. Eso enreda el cuadro clínico y puede llevar a interpretaciones erróneas si no se evalúa todo con detenimiento (9,10).

De ahí la importancia del ecocardiograma estructurado o el POCUS enfocado en ventrículo derecho. No solo orientan, sino que ayudan a separar lo tromboembólico de lo estructural cuando los signos no son tan claros (11–13).

Este caso, más allá del diagnóstico final, deja una lección clínica: no hay que quedarse solo con la primera impresión. Aunque los hallazgos iniciales apunten a una causa común, como el TEP, vale la pena mirar un poco más allá. Un enfoque integral, que conecte los signos con el contexto completo del paciente, puede marcar la diferencia entre tratar lo aparente y tratar lo real (14,15).

Conclusiones

Este caso nos recuerda algo que a veces se nos escapa entre algoritmos diagnósticos y protocolos estandarizados: no todo lo que parece una embolia pulmonar lo es. La ano-

malía de Ebstein, rara y muchas veces silente hasta la adultez, puede aparecer justo cuando menos se la espera en medio de una descompensación metabólica, un cuadro séptico, o simplemente cuando el cuerpo ya no lo logra compensar más la enfermedad.

Lo interesante de este caso, no fue solo el hallazgo, sino cómo se llegó a él. El ecocardiograma transtorácico, realizado con intención de buscar estructura, no solo función, fue clave. Y eso abre otra puerta: la necesidad de mirar más allá de lo evidente, sobre todo cuando la imagen inicial no coincide con el cuadro clínico.

Aportar este tipo de casos a la literatura no es solo acumular rarezas. Es, más bien, una forma de decir: "cuidado, que esto también puede pasar". De ahí la importancia de mantener la mirada clínica amplia y no subestimar lo atípico, sobre todo en pacientes con deterioro hemodinámico sin explicación clara.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la familia del paciente para la publicación de este caso y las imágenes asociadas.

Declaración de contribución:

Dr. Luis Pinargote - conceptualización y supervisión general; Dr. Julio Feijoo - revisión crítica y seguimiento del paciente; Dr. Pedro Reyna - Análisis y redacción del manuscrito; Dr. Celin Ceron - Recopilación de datos clínicos e interpretación de resultados; Dra. Carmen Bermudez - Revisión bibliográfica y coordinación de equipo.

Bibliografía

Fuchs MM, Connolly HM. Ebstein Anomaly in the Adult Patient. *Cardiol Clin.* 2020;38(3):353-363.

Attenhofer Jost CH, Connolly HM, Dearani JA, Edwards WD, Danielson GK. Ebstein's anomaly. *Circulation.* 2007;115(2):277-285.

Pasqualin G, Boccellino A, Chessa M, Ciconte G, Marcolin C, Micaglio E, et al. Ebstein's anomaly in children and adults: multidisciplinary insights into imaging and therapy. *Heart.* 2024;110(4):235-244.

Holst KA, Connolly HM, Dearani JA. Ebstein's anomaly. *Methodist Debakey Cardiovasc J.* 2019;15(2):138-144.

Alerhand S, Adrian RJ. What echocardiographic findings differentiate acute pulmonary embolism and chronic pulmonary hypertension? *Am J Emerg Med.* 2023;72:72-84.

Islam AK, Sayami LA, Zaman S. Chiari network: A case report and brief overview. *J Saudi Heart Assoc.* 2013;25(3):225-229.

Casazza F, Bongarzone A, Capozzi A, Agostoni O. Regional right ventricular dysfunction in acute pulmonary embolism and right ventricular infarction. *Eur J Echocardiogr.* 2005;6(1):11-14.

Walsh BM, Moore CL. McConnell's sign is not specific for pulmonary embolism: case report and review of the literature. *J Emerg Med.* 2015;49(3):301-304.

McConnell MV, Solomon SD, Rayan ME, Come PC, Goldhaber SZ, Lee RT. Regional right ventricular dysfunction detected by echocardiography in acute pulmonary embolism. *Am J Cardiol.* 1996;78(4):469-473.

Qaseem A, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Kansagara D, Fitterman N, Wilt TJ, et al. Appropriate use of point-of-care ultrasonography in patients with acute dyspnea in emergency department or inpatient settings: a clinical guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2021;174(7):985-993.

Zanobetti M, Scorpiniti M, Gigli C, Nazerian P, Vanni S, Innocenti F, et al. Point-of-care ultrasonography for evaluation of acute dyspnea in the ED. *Chest.* 2017;151(6):1295-1301.

Viera E, Meras P, Merino C, Perez E, Ruiz J, Balbacid E, et al. Diagnosis of congenital heart disease in adulthood: how often, how relevant? *Am J Cardiol.* 2024;231:72-74.

Bonilla-Palomas JL, López-Granados A, Gómez-López A, Arizon del Prado JM. Severe right heart failure due to the combination of Ebstein's anomaly and pericardial constriction. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63(12):1510-1511.

Ornelas-Aguirre JM, Herrera-Gavilanes JR, Espinoza-Escobar G, Inzunza-Cervantes G, Brito-Domínguez A, Zazueta-Armenta V. (Anomalía de Ebstein con preexcitación ventricular en un paciente adulto). Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(6):888-894. Spanish.

Melão F, Correia AS, Maciel MJ. Paradoxical embolism associated with Ebstein's anomaly in an adult: Case report. Rev Port Cardiol. 2013;32(12):1023-1025.



CITAR ESTE ARTICULO:

Pinargote Mendoza, L. F. ., Feijoo Andrade, J. A. ., Reyna Garces, P. A. ., Ceron Santana, C. A. ., & Bermudez Garcia, C. R. (2025). Mimetismo clínico de tromboembolia pulmonar vs anomalía de Ebstein: reporte de caso . RECIAMUC, 9(3), 153-160. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.\(3\).julio.2025.153-160](https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.(3).julio.2025.153-160)