



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1711 - Noto palpitaciones

L. Muñoz Alonso, C. García Balsalobre y M. Rodríguez Alonso

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 67 años inglesa sin informes previos no refiere antecedentes de interés. No presenta alergias medicamentosas ni factores riesgo cardiovascular. Acude a su médico por sensación de palpitaciones de varios meses de evolución, sin asociar nunca dolor torácico, ni síncope, ni fiebre, ni disnea, ni otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, FC 85, Saturación O₂ 98%, TA 138/65, consciente, orientada sin focalidad neurológica, clara ingurgitación yugular, reflejo hepatoyugular moderado, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, auscultación cardiaca rítmica con soplo sistodiastólico en foco aórtico y mitral V/VI. Frémito en precordio. Resto de exploración sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal, eje eléctrico a 16° PR 135 msec, QRS estrecho, onda q de V1 a V4. T negativa en V6. Radiografía de tórax: gran aumento del índice cardiotorácico sin infiltrados alveolointersticiales, senos costocardiofrénicos libres sin signos de congestión hiliar. Ecocardiograma: VI dilatado con contractilidad global normal, AI dilatada, severa dilatación de AD, VD y tronco pulmonar. Se observa imagen compatible con aneurisma de seno de Valsalva que se rompe a AD, generando un flujo turbulento que ocupa las cavidades derechas. Llenado mitral normal. Válvula aórtica con gradiente aórtico aumentado y ligera regurgitación. IM ligera, IC ligera, gradiente AD-VD de 35 mmHg, PSAP estimada de 45/50 mmHg. Derrame pericárdico ligero. Aorta ascendente, cayado y descendente torácica de calibre normal. Coronariografía: tronco común izquierdo sin lesiones. Descendente anterior y Circunfleja normales. Imagen de aneurisma gigante a nivel de origen de Coronaria Derecha seguido de trayecto aneurismático largo y tortuoso de gran diámetro que acaba en otra imagen sacular. TAC coronario: aneurisma gigante de la arteria coronaria derecha con un calibre máximo de hasta 4,7 × 4,5 cm con comunicación con extremo distal de la gran vena coronaria. Analítica: bioquímica y hemograma sin alteraciones.

Juicio clínico: Aneurisma gigante de arteria coronaria derecha que fistuliza aurícula derecha, seno coronario y venas coronarias. Hipertensión pulmonar leve.

Diagnóstico diferencial: diferentes causas de cardiomegalia. En urgencias se plantea aneurisma seno Valsalva roto a aurícula derecha, finalmente se diagnostica angiotac de aneurisma gigante coronaria derecha con trayecto fistuloso a venas del seno coronario y aurícula derecha. La indicación de cierre quirúrgico de la fistula y escisión del aneurisma es incierta por la escasa repercusión clínica de la misma, se inicia tratamiento betabloqueante mejorando clínicamente.

Comentario final: Patología cardiológica poco frecuente y en este caso prácticamente asintomática que ha necesitado de pruebas hospitalarias para poder realizar un diagnóstico de confirmación y estudiar la anatomía

de la lesión para poder discutir el mejor tratamiento. No debemos olvidar que la presunción de enfermedad y el primer acercamiento diagnóstico se realiza en atención primaria, con las pruebas que tenemos a nuestro alcance y sobre todo con la historia clínica y la exploración que son nuestras mejores fuentes de información por lo que no debemos nunca de olvidar: preguntar, ver, oír, tocar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Hospital JA.“Libro-guía del residente de Cardiología. Sociedad Española de Cardiología, 2007.
2. Harvey WP. Innocent vs significant murmurs. Circulation- 1977;56:143-5.
3. Isselbacher EM. Thoracic and Abdominal Aortic Aneurysms. Contemporary Reviews in Cardiovascular Medicine.
4. <http://www.cardioteca.com>