



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2798 - HALLAZGO SORPRESA TRAS IAM

P. Aguilar Bueno^a, I. Galindo Román^b y P. Fernández García^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Villamartín. Cádiz. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. Cádiz. ^cFacultativo Especialista de Área de Cardiología. Hospital Clínico de Málaga. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 85 años de edad que acude a consulta tras alta hospitalaria hace una semana por infarto agudo de miocardio de cara anterior extenso, fibrinolizado, sin criterios de reperfusión e implante de stent en arteria descendente anterior. Refiere encontrarse mal, disnea a mínimos esfuerzos, ortopnea y aumento de diámetro de miembros inferiores. AP. DMT2. HTA. Hipercolesterolémia.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, afebril, hipotensión, taquipneica y taquicárdica en reposo. Ingurgitación yugular. Semiología de derrame pleural bilateral. Tonos ritmicos con soplo sistólico de alta intensidad audible en todos los focos, mayor en el mitral. Edemas con fóvea hasta rodillas.

Orientación diagnóstica: Insuficiencia cardíaca descompensada en paciente con alta hospitalaria reciente por síndrome coronario agudo. Fracción de eyección gravemente deprimida. Soplo sistólico mitral.

Diagnóstico diferencial: Endocarditis infecciosa; insuficiencia mitral grave isquémica; reestenosis precoz de stent.

Comentario final: Se deriva a la paciente a SHU. Tras ecocardiografía se diagnostica una CIV junto con aneurisma apical, disfunción ventricular moderada y una hipertensión pulmonar grave. La paciente precisó de diuréticos a altas dosis junto con soporte inotrópico. Hemodinámica decide corrección percutánea del defecto. El resultado inicial fue exitoso aunque aparición de fiebre a las 48 horas y fallo multiorgánico falleciendo. La incidencia de complicaciones mecánicas tras infarto agudo de miocardio en la era fibrinolítica es extremadamente baja con una alta mortalidad disminuyendo con el diagnóstico precoz de la misma. El tratamiento de elección es la reparación quirúrgica del defecto, pero se discute el momento óptimo. El tratamiento percutáneo puede considerarse una alternativa. En este caso, el cambio en la auscultación clínica de la paciente puso en alerta al médico de familia.

Bibliografía

1. Daisuke I, Satoshi T, Takeshi S, et al. A case of left ventricular aneurysm of uncertain etiology presenting as ventricular tachycardia. Int J Cardiol. 1988;21:135-41.
2. Penas Lado M, Freire E, García Castelo A, et al. Gradiente intraventricular paradójico en una paciente con miocardiopatía hipertrófica apical. Rev Esp Cardiol. 1995;48:686-9.
3. Papagiannis J, Van Praagh R, Qureshi F, et al. Congenital left ventricular aneurysm: clinical, imaging, pathologic, and surgical findings in seven new cases. Am Heart J. 2001;141:491-9.

Palabras clave: Neurisma apical. Complicación IAM. Fibrinólisis.