



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/1679 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EMBÓLICO SILENTE TRAS INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 (COVID-19)

L. Martín Cabanillas<sup>1</sup> e I. Lobo Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Santa María Norte Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz. <sup>2</sup>Residente de 4<sup>o</sup> año de Cardiología. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 55 años deportista sin factores de riesgo cardiovascular que ingresa en Medicina Interna debido a neumonía bilateral por SARS-CoV-2, presentando fiebre, tos y disnea de ligeros esfuerzos. Tras 10 días de estancia hospitalaria es dado de alta asintomático con reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del virus negativa. A la semana del alta, consulta con su médico de Atención Primaria por dolor torácico y disnea de moderados esfuerzos, realizándose electrocardiograma (ECG) que presenta onda Q patológica anterior, por lo que es derivado a Cardiología. A los 20 días es valorado mediante ecocardiografía transtorácica objetivándose disfunción grave de ventrículo izquierdo y acinesia del ápex ventricular junto con un trombo intracavitorio a nivel apical. Se decide ingreso y se realiza coronariografía en la que no se aprecian lesiones coronarias. Dado el estado de hipercoagulabilidad de la COVID-19 se diagnostica finalmente al paciente de infarto agudo de miocardio (IAM) silente embólico y trombo apical intracavitorio. Es dado de alta con heparina de bajo peso molecular y antiagregante P2Y12.

**Exploración y pruebas complementarias:** Auscultación cardiopulmonar normal. ECG: ritmo sinusal, onda Q patológica anterior y ST persistente elevado en cara anterior. Ecocardiografía transtorácica: Disfunción sistólica grave de ventrículo izquierdo con fracción de eyección (FEVI) de 29%, ápex aneurismático, trombo intracavitorio apical. Radiología de tórax: sin hallazgos. Analítica: troponina I 280 ng/L, ferritina 1.911 ng/mL, dímero D 414, resto normal.

**Orientación diagnóstica:** IAM silente cardioembólico y trombo apical intracavitorio por aneurisma ventricular en el contexto del estado de hipercoagulabilidad de la COVID-19.

**Diagnóstico diferencial:** Miocardiopatía dilatada. Miocarditis. Tromboembolismo pulmonar.

**Comentario final:** Se trata de un paciente sin factores de riesgo cardiovascular que presenta a los pocos días de la infección por SARS-CoV-2 un IAM embólico y un trombo en el ápex ventricular, siendo ambos consecuencia del estado de hipercoagulabilidad que presentan estos pacientes tras dicha infección. Además del tromboembolismo pulmonar, debemos tener en cuenta otras patologías trombóticas menos frecuentes tras la COVID-19.

### Bibliografía

- Cárdenas-León A, Hernández-Meneses B, Sánchez-Pérez A, Novoa-Medina JM, Bujanda-Morún PF, Martín-Lorenzo P. Síndrome coronario agudo y shock en el contexto de infección aguda por COVID-19.

19. Rev Esp Cardiol. 2020;73(8):678-9.
2. Rey JR, Jiménez-Valero S, Poveda-Pinedo D, Merino JL, López-Sendón JL, Caro-Codón J. COVID-19 y trombosis simultánea en dos arterias coronarias. Rev Esp Cardiol. 2020;73 (8):676-8.

**Palabras clave:** Infarto. COVID-19. Trombo.