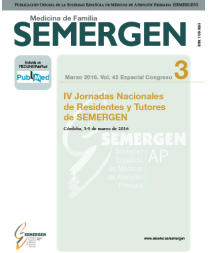




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

O-057 - ANEURISMA VENTRICULAR POSTINFARTO

G. García Estrada^a, R. Abad Rodríguez^a, E.M. Cano Cabo^a, M. Cordero Cervantes^b y M. Maceira Failache^a

^aCS de Pola de Siero. Área IV Oviedo. ^bCS del Colloto. Área IV Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 82 años sin deterioro cognitivo, dependiente parcialmente para las actividades básicas de la vida diaria. No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, infarto anterior miocardio en 1990. La paciente acude en compañía de sus cuidadores a la consulta de su médico de atención primaria por cuadro de disnea de moderados esfuerzos con dolor retroesternal con la inspiración profunda no irradiado y tos sin expectoración. Lumbalgia no irradiada. No fiebre, no síntomas vegetativos. No síntomas urinarios ni gastrointestinales. Tras anamnesis y exploración se complementa el estudio con un electrocardiograma, su médico lo valora y decide llamar al SAMU para traslado en UVI móvil al centro hospitalario. Se le pone una vía periférica y se pauta Ácido acetilsalicílico 250 mg vo, cafinitrina sublingual, clopidogrel 300 mg vo.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada, colaboradora. Eupneica en reposo. Afebril. TA: 140/89 mmHg. FC 62 lpm. Saturación de oxígeno 97%. Auscultación cardio-pulmonar normal. Abdomen anodino. Peristaltismo conservado. Dolor a la palpación en la musculatura paravertebral lumbar derecha. Electrocardiograma realizado en el centro de salud: Ritmo sinusal con elevación del segmento ST a nivel de V2-V3-V4-V5. Electrocardiograma en la urgencia hospitalaria: ritmo sinusal con infarto anterolateral agudo. Electrocardiograma a las 4 horas del previo: sin cambios. Hemograma y estudio de coagulación normal. Bioquímica normal incluido el seriado de marcadores cardiacos. Radiografía tórax: cardiomegalia sin signos de pinzamientos costofrénicos. Ventriculografía con aquinesia del septum y ápex con calcificación y dilatación aneurismática del ventrículo izquierdo apical con calcificación de su pared, la fracción de eyección de 40%.

Juicio clínico: Aneurisma ventricular post-infarto.

Diagnóstico diferencial: Infarto anterolateral agudo. Aneurisma ventricular post-infarto. Pancreatitis aguda.

Comentario final: Una secuela del infarto de miocardio es la formación de una aneurisma ventricular. Los más frecuentes son los antero laterales o apicales a lo largo de la distribución de la arteria descendente anterior y raramente de localización posterior. Aunque la radiografía simple de tórax y electrocardiograma pueden en ocasiones diagnosticar la existencia de la aneurisma ventricular, el diagnóstico preciso se hace mediante la ventriculografía. Anatomopatológicamente la aneurisma no es más que una región cardiaca que ha sufrido necrosis y reemplazo de tejido muscular por tejido fibroso. Este área no es contráctil, el ventrículo izquierdo se sobrecarga provocando insuficiencia cardiaca. La turbulencia intracavitaria y los cambios inflamatorios del miocardio favorecen la formación de trombos que pueden embolizar. Otra manifestación es la producción de arritmias. Como indicaciones quirúrgicas son la insuficiencia cardiaca refractaria, el

embolismo sistémico y arritmias ventriculares. El tratamiento vigoroso del infarto agudo de miocardio reduce la frecuencia de los aneurismas ventriculares. La aneurismectomía quirúrgica suele emplearse solo cuando existe una preservación relativa de la función contráctil en la porción no aneurismática del ventrículo izquierdo. Ante una normalización tanto enzimática como electrocardiográfica y antecedente de infarto de miocardio hay que tener en cuenta la posible existencia de una aneurisma ventricular postinfarto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Melgarejo MJ, Mesh GJ, Palma GI, et al. Aneurisma ventricular izquierdo: revisión. Revista de Posgrado de la VI cátedra de Medicina. 2004;(138):1-6.