

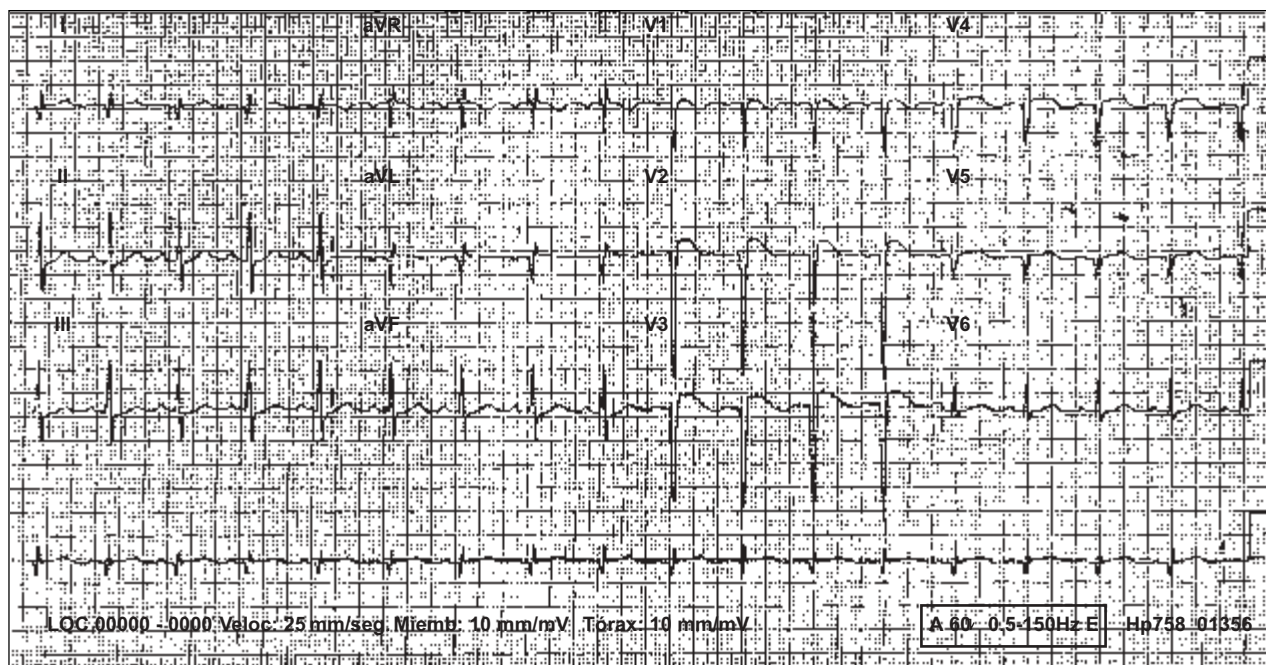
## IMÁGENES EN CARDIOLOGÍA

### *Aneurisma calcificado ventricular izquierdo*

Celso Mendoza-González,\* Patricia Pérez Soriano,\*\* Patricio Ortiz Fernández,\*\* Paris Troyo Barriga\*

Femenino de 76 años de edad con historia de tabaquismo importante crónico. A los 61 años de edad tuvo un infarto del miocardio de localización anterior extensa que no recibió tratamiento de reperfusión y que evolucionó hacia la disfunción ventricular izquierda crónica. Fue hospitalizada por un evento de isquemia cerebral transitoria. A su llegada se encontró en el electrocar-

diograma (*Fig. 1*) una zona inactivable anterior extensa correspondiente al infarto antiguo con elevación del segmento ST de 3 mm en derivaciones precordiales V1 a V5 que despertaron la sospecha de reinfarcto anteroseptal. La radiografía portátil de tórax (*Fig. 2*) mostró una imagen bien delimitada de calcificación dentro de la silueta cardíaca. La aproximación apical de 4 cá-



**Fig. 1.** Electrocardiograma de 12 derivaciones en ritmo sinusal con crecimiento auricular izquierdo; se observa una zona inactivable anteroseptal con supradesnivel de 3 mm del segmento ST desde V1 a V5.

\* Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

\*\* Hospital Médica Sur.

#### Correspondencia:

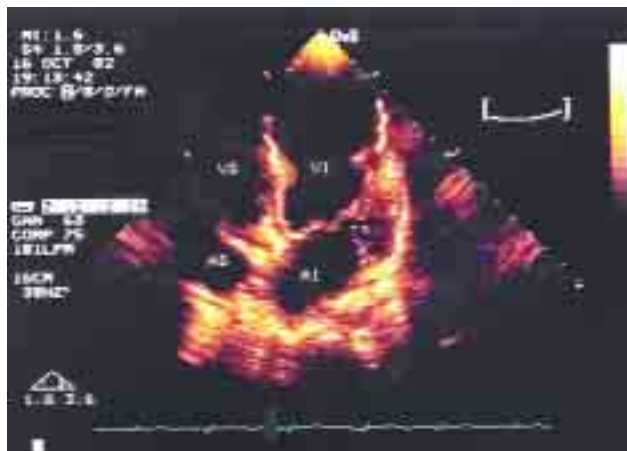
Dr. Celso Mendoza-González. Departamento de Consulta Externa. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". (INCICH, Juan Badiano No. 1, Col. Sección XVI, Tlalpan 14080 México D.F.). Teléfono: 5513 3740. E-mail: celame@yahoo.com.mx

Recibido: 6 de diciembre de 2002

Aceptado: 14 de enero de 2003



**Fig. 2.** Radiografía portátil de tórax que muestra aortoesclerosis y una imagen calcificada muy bien circunscrita dentro de la silueta cardíaca.



**Fig. 3A.** Ecocardiograma 2-D. En sístole, se demuestra el aumento de las dimensiones de la región apical consecutiva al abombamiento sistólico (discinesia) de la región aneurismática.



**Fig. 3B.** En diástole se observa la dilatación aneurismática de la región apical del ventrículo izquierdo.

maras del ecocardiograma evidenció un aneurisma verdadero anteroapical con discinesia durante la sístole (*Fig. 3A*) y aumento del tamaño de la cavidad durante la diástole (*Fig. 3B*); en estas imágenes se observaron áreas de hiperreflectancia anteroapical que corresponden a zonas de calcificación de la pared aneurismática.

La elevación persistente del segmento ST con inversión de la onda T en pacientes con infarto antiguo indica un mayor grado de asinergia ventricular y una cicatriz miocárdica más extensa.<sup>1</sup>

Los hallazgos transoperatorios durante la resección del aneurisma y los hallazgos de la autopsia, muestran una alta correlación entre los cambios eléctricos y el sitio anatómico del aneurisma, de modo que el electrocardiograma es muy sensible para la detección de aneurismas ventriculares, que pueden corroborarse después mediante ecocardiografía. El diagnóstico diferencial electrocardiográfico incluye a la pericarditis y la miocardiopatía hipertrófica. (*Arch Cardiol Mex* 2003; 73:155-156).

## Referencias

1. CHOU TC: *Electrocardiography in clinical Practice*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia, WB Saunders, 2001.