

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 reinfarto anteroseptal. La radiografía portátil de tórax (*Fig. 2*) mostró una imagen bien delimitada de calcificación dentro de la silueta cardiaca. 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.

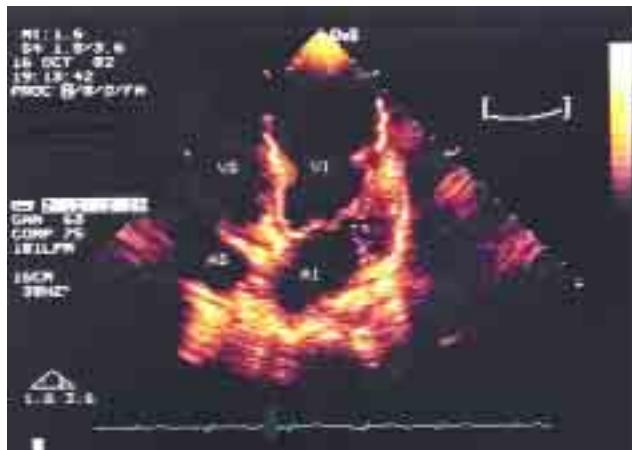


Fig. 3A. Ecocardiograma 2-D. En sístole, se demuestra el aumento de las dimensiones de la región apical consecutiva al abombamiento sistólico (discinesia) de la región aneurismática.



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 hipereflectancia 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.¹

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*. 5th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2001.