

Accidente isquémico transitorio de origen cardioembólico.

Requena Ibáñez J.A., Jurado Román A., López Lluva M.T., Abellán Huerta J.
Servicio de Cardiología. GAI-CR.

Palabras clave: Cardiopatía isquémica — Trombo intraventricular — Accidente isquémico transitorio

Keywords: Ischemic heart disease — Left ventricular thrombus — Transient ischemic attack

Correspondencia: juan.antonio.requena.ib@gmail.com

Varón de 49 años con dolor torácico atípico de larga evolución, habituado a dieta hiperproteica, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos, que acude a urgencias por paresia autolimitada en miembro superior derecho. La tomografía computerizada (TC) cerebral urgente fue compatible con un accidente isquémico transitorio (AIT) cardioembólico, sin evidencia de hemorragia. En el electrocardiograma (ECG) inicial se observó onda Q anterior e inferior y elevación del segmento ST, sugerente de necrosis miocárdica con aneurisma apical (ECG, Imagen A) El ecocardiograma urgente puso de manifiesto un trombo adherido a un extenso territorio de miocardio aquinético y aneurismático. (Apical 4 cámaras, Imagen B; Apical 2 cámaras, Imagen C) La coronariografía mostró una enfermedad coronaria multivaso con oclusión crónica de una coronaria derecha proximal no dominante, ateromatosis crítica de la arteria circunfleja proximal

con oclusión distal, así como afectación difusa de la arteria descendente anterior, con oclusión subaguda en segmento medio. Durante la angioplastia el paciente evolucionó desfavorablemente presentando parada cardiorrespiratoria (PCR) en asistolia.

Cardiología y Neurología comparten la responsabilidad de la asistencia a pacientes con accidentes cerebrovasculares o con riesgo de sufrirlos, así como de la detección y el manejo de la cardiopatía asociada. En este sentido la clínica y el ECG inicial son claves. La fibrilación auricular es el escenario más frecuente. Sin embargo, en ritmo sinusal, se pueden encontrar también hallazgos que sugieran otras fuentes embólicas como la presencia de trombo intraventricular. Así, ante la presencia de imagen de necrosis miocárdica extensa con probable aneurisma ventricular en el ECG, la confirmación precoz con ecocardiograma es fundamental.

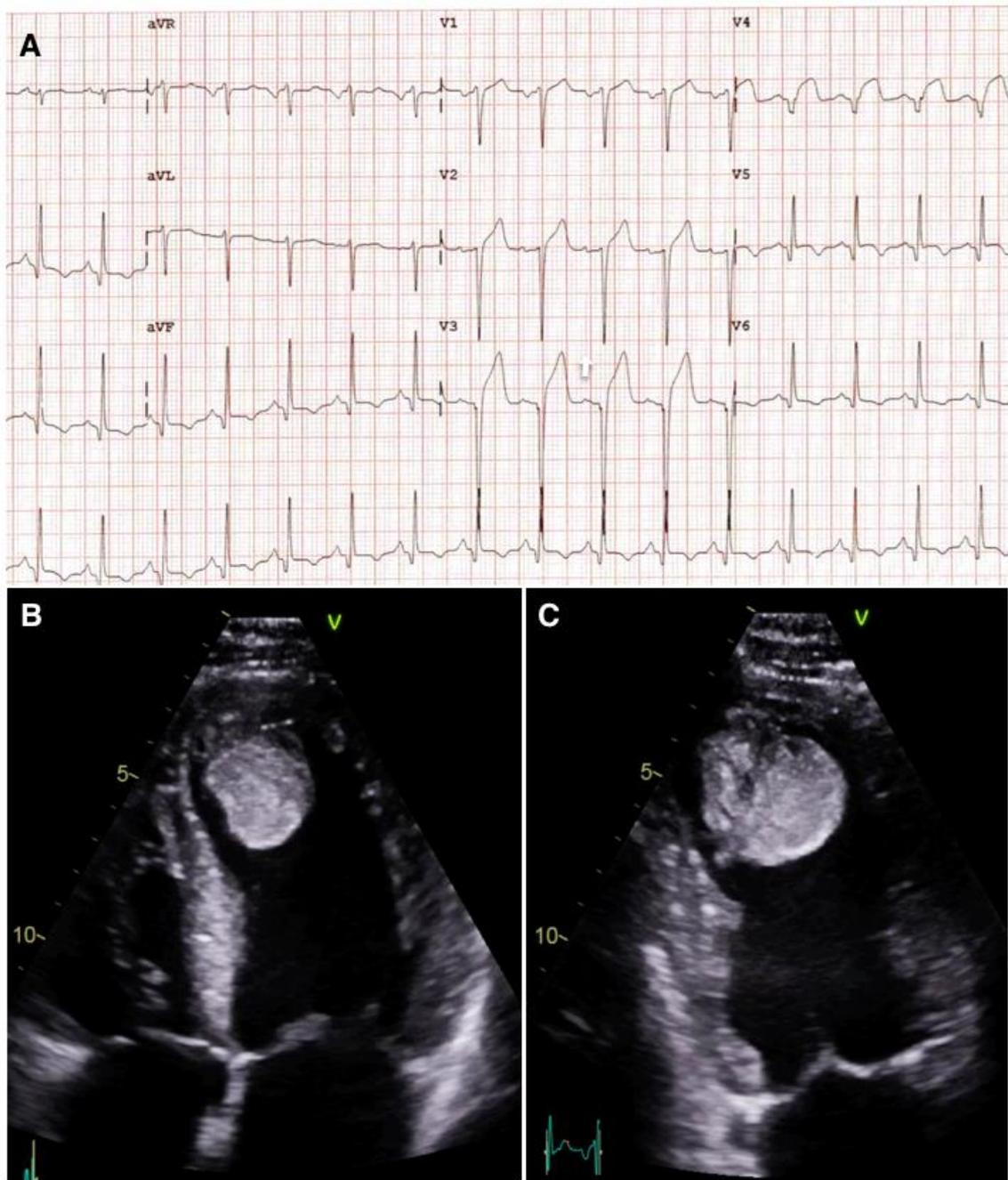


Figura 1: A. ECG con onda Q en V2-6 (cara anterior) II, III y AVF (cara inferior). Elevación del segmento ST V2-4 (cara anterior) B. Proyección apical de 4 cámaras, con imagen hiperecogénica intracavitaria en apex de ventrículo izquierdo. C. Proyección apical de 2 cámaras.