



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/3615 - PERO SI TOMO SINTROM

V. Amaro Aroyo<sup>a</sup>, I. Galindo Román<sup>b</sup> y P. Fernández García<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Facultativo Especialista en Área de Cardiología. Hospital de La Línea. La Línea de La Concepción. Cádiz.

<sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. Cádiz. <sup>c</sup>Facultativo Especialista de Área de Cardiología. Hospital Clínico de Málaga. Málaga.

## Resumen

**Descripción del caso:** AP: No reacciones alérgicas conocidas. No hábitos tóxicos. Hipercolesterolemia. Hipertensión arterial. Infarto agudo de miocardio con elevación del ST anterolateral con fibrinólisis extrahospitalaria y coronarias sin lesiones. Fracción de eyección severamente reducida con ingreso reciente por insuficiencia cardíaca. Fibrilación auricular permanente anticoagulada con acenocumarol y buen rango terapéutico. Varón de 76 años de edad que acude al SHU por visión doble así como alteraciones de la marcha. En escáner craneal se descarta origen hemorrágico estando contraindicada la fibrinólisis. En electrocardiograma fibrilación aurícula con respuesta ventricular controlada llamando la atención al médico de Urgencias la elevación persistente del segmento ST en las derivaciones V1 a V4 con onda QS.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 120/70 mmHg, eupneico en reposo. Fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades. No es posible explorar la marcha por inestabilidad. Auscultación cardíaca: arrítmica sin soplos. Estertores húmedos en bases.

**Orientación diagnóstica:** ACVA isquémico probablemente de fosa posterior.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome aórtico agudo. Hipercoagulabilidad. Síndrome trombótico para neoplásico. Mal control de INR. Trombo apical.

**Comentario final:** En este caso, se pudo llegar al diagnóstico precoz del origen cardiológico del ictus por la observación del Médico de Urgencias y sospecha de desarrollo de complicaciones localizadas en la zona del infarto previo. El electrocardiograma puede en ocasiones diagnosticar la existencia de la aneurisma ventricular al observarse una elevación persistente del segmento ST tras la onda Q de necrosis. Dichos hallazgos son los que pusieron en alerta al médico de urgencias llevando al diagnóstico del mismo.

## Bibliografía

1. Jessup M, Drazner MH, Book W, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA/ISHLT/ACP Advanced Training Statement on Advanced Heart Failure and Transplant Cardiology (Revision of the ACCF/AHA/ACP/HFSA/ISHLT 2010 Clinical Competence Statement on Management of Patients With Advanced Heart Failure and Cardiac Transplant): A Report of the ACC

Competency Management Committee. *Circ Heart Fail.* 2017.

2. Implantable LVAD Study Group, McCarthy PM, James KB, Savage RM, et al. Implantable left ventricular assist device. Approaching an alternative for end-stage heart failure. *Circulation.* 1994;90:1183-6.
3. Rose EA, Gelijns AC, Moskowitz AJ, et al. Long-term use of a left ventricular assist device for end-stage heart failure. *New Engl J Med.* 2001;345:1435-43.

**Palabras clave:** ACV isquémico. Aneurisma ventricular. Necrosis ventricular.