



# Neurology perspectives



## 18123 - CARDIOPATÍAS PRIMARIAS INFRECIENTES COMO FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO EN EL ICTUS ISQUÉMICO

Velayos Galán, A.<sup>1</sup>; Resa Serrano, E.<sup>2</sup>; González Manero, A.M.<sup>1</sup>; del Saz Saucedo, P.<sup>1</sup>; Ortega Suero, G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro M.I.; <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario La Mancha Centro M.I.

### Resumen

**Objetivos:** Algunas cardiopatías primarias infrecuentes, pueden aumentar significativamente el riesgo de tromboembolismo e ictus, en relación con la alteración estructural de las cavidades cardiacas, la contractilidad miocárdica anómala, la disminución de la fracción de eyección ventricular, o la mayor frecuencia de arritmias embolígenas asociadas. Presentamos 2 casos de ictus isquémico por cardiopatías infrecuentes: miocardiopatía no compactada (MNC) y cor triatriatum (CTTA).

**Material y métodos:** Varón de 63 años con focalidad hemisférica derecha de escasas horas de evolución y varón de 78 años con focalidad hemisférica izquierda transitoria, de 15 minutos de duración.

**Resultados:** A ambos pacientes, se les realizó estudio etiológico completo de ictus. En el primer paciente, se evidenció infarto subagudo en territorio de ACM derecha en el TC craneal, en el ECG, cambios isquémicos crónicos, sin antecedentes de HTA ni cardiopatía isquémica, objetivándose en el ETT, hipertrofia concéntrica con miocardio trabeculado a nivel apical, confirmándose el diagnóstico de MNC con RM cardiaca. En la neuroimagen del segundo paciente, se evidencian infartos crónicos en hemisferio cerebral y cerebeloso izquierdos, múltiples ESVs en el ECG-Holter, en el ETT se visualiza una membrana en AI, no tolerando la realización de ETE, por lo que se realiza RM cardiaca en la que se confirma CTTA izquierdo.

**Conclusión:** Existen cardiopatías infrecuentes diagnosticadas durante el estudio etiológico del ictus, que hemos de tener en cuenta. Los hallazgos electro-ecocardiográficos, nos pueden orientar, recurriendo a la RM cardiaca para su confirmación. El manejo terapéutico para la prevención secundaria ha de ser consensuado con Cardiología, valorando el riesgo-beneficio de la anticoagulación vs. antiagregación.