



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2846 - LA CICATRIZ DEL INFARTO

I. Arroyo Rico<sup>a</sup>, S. Muñoz-Quirós Aliaga<sup>b</sup>, R. Rodríguez Rodríguez<sup>c</sup>, D. Sánchez-Migallón Morán<sup>d</sup>, L. Gómez Sánchez<sup>e</sup> y F. Conejero Fernández-Galiano<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monovar. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Monovar. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gandhi. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 84 años de edad. AP: HTA, DL, exfumadora. CIC: IAM antero-lateral en 2000, por oclusión de DA en tercio medio. Último ETT en 2006: aneurisma apical. FEVI global 40-45%. Aurículas severamente dilatadas. FA permanente anticoagulada. Acude a consulta por síndrome miccional y hematuria desde esta mañana.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Auscultación cardiaca: taquicárdica. Auscultación pulmonar: normal. Resto rigurosamente normal. Ante hallazgos, se toma constantes: TA: 140/80 mmHg. FC: 170 lpm. Se realiza ECG: taquicardia ventricular a 170 lpm. Se monitoriza a la paciente que permanece clínica y hemodinámicamente estable. Se coloca vía periférica. Se reinterroga a la paciente, que refiere palpitations desde esa mañana. No otros síntomas. Se solicita traslado al hospital en UVI. A su llegada al hospital, clínica y hemodinámicamente estable. Exploración sin cambios. En la sala de emergencias se realiza nuevo ECG objetivándose FA con RVC. Ingresa en la unidad coronaria. Dos días después se realiza ablación del sustrato con éxito.

**Juicio clínico:** TV a 170 lpm con sustrato isquémico que revierte espontáneamente a FA con RVC.

**Diagnóstico diferencial:** TSV con BR previo o aberrancia de la conducción. FA con RVR con BR previo o aberrancia de la conducción. FA preexcitada.

**Comentario final:** Las arritmias ventriculares, son de las complicaciones de la enfermedad coronaria más temidas. La taquicardia ventricular monomórfica sostenida (TVMS), debida a una reentrada en el tejido cicatrizal, aparece en el contexto de un infarto cicatrizado y puede aparecer en la fase subaguda o muchos años después. La TVMS, suele aparecer en pacientes con un IM más extenso y una FEVI más baja. La incidencia global de la TV sostenida tras IM se ha reducido del 3-5% al 1% como consecuencia de los importantes avances realizados en el tratamiento de IM. Sin embargo, el riesgo de TV, podría estar aumentando, debido al aumento de supervivencia sumado al envejecimiento de la población.

## Bibliografía

1. Benito B, Josephson ME. Taquicardia ventricular en la enfermedad coronaria. Rev Esp Cardiol. 2012;65:939-55.
2. Spach MS, Boineau JP. Microfibrosis produces electrical load variations due to loss of side-to-side cell connections: a major mechanism of structural heart disease arrhythmias. Pacing Clin Electrophysiol. 1997;20:397-413.

**Palabras clave:** Arritmia. Infarto. Ablación.