

## 25 ANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO

Carla Di Maggio<sup>1</sup>, Alejandro Dodera<sup>2</sup>, Daniel Casales<sup>2</sup>, Arturo Pazos<sup>3</sup>

1. CAMEC IAMPP. 2. Sanatorio Americano. 3. Círculo Católico.

**Introducción:** el aneurisma ventricular izquierdo (AVI) congénito es una entidad poco frecuente que se diagnostica en la mayoría de casos por exclusión, una vez descartadas otras posibles etiologías más frecuentes. Presentamos el caso de una mujer con un AVI de probable etiología congénita, que se manifestó con angor y requirió resección quirúrgica.

**Caso clínico:** paciente de sexo femenino de 49 años con antecedentes personales de hipertensión arterial de reciente diagnóstico y dislipemia. Comienza con dolor torácico de características anginosas, progresivo, de 15 días de evolución, consultando en emergencias. El electrocardiograma (ECG) de reposo no mostró elementos de isquemia aguda y la dosificación de enzimas cardíacas fueron normales. Examen físico normal. La paciente refería que persistía con angor y disnea de esfuerzo CF II. El ecocardiograma transtorácico (ETT) inicial no detectó alteraciones. Se realizó centellograma de perfusión miocárdica sensibilizado con dipiridamol en forma ambulatoria que evidenció severa isquemia miocárdica inducida en el ápex con extensión de menor grado al segmento anteroapical. Se solicitó cineangiografía con resultado de árbol coronario sin lesiones significativas. No se realizó ventriculografía. Posteriormente se realiza resonancia magnética (RNM) cardíaca que informa ventrículo izquierdo (VI) de dimensiones normales, fracción de eyección del VI (FEVI) 68% con imagen redondeada en ápex que se mantiene de iguales características, tanto en sístole como diástole, sin realce tardío compatible con pseudoaneurisma apical (figura 1). Con este resultado es valorada por cirujano cardíaco, decidiéndose realizar cirugía cardíaca donde se vio que se trataba de un aneurisma del ápex del VI de pared fibrótica fina, realizándose resección y cierre con parche pericárdico, sin incidentes intraoperatorios (figuras 2 y 3), y buena evolución posterior con alta a domicilio y seguimiento en policlínica sin presentar síntomas cardiovasculares.



Figura 1

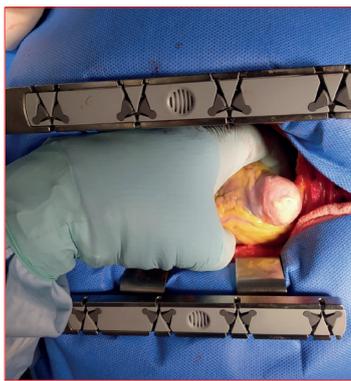


Figura 2

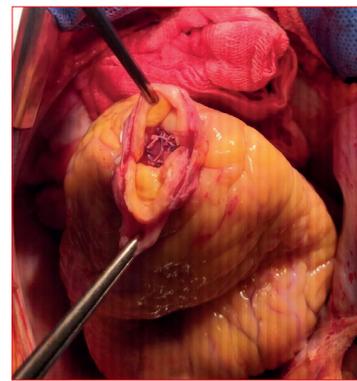


Figura 3

**Diagnóstico:** aneurisma ventricular izquierdo congénito.

**Discusión:** el aneurisma ventricular (AV) se presenta con mayor frecuencia como complicación mecánica tardía del infarto agudo de miocardio (IAM) y su incidencia ha ido disminuyendo como consecuencia del tratamiento oportuno del IAM. Se reconocen causas no arteroscleróticas de obstrucción de arterias coronarias, como en los MINOCA (IAM sin lesiones coronarias obstructivas), síndrome de Takotsubo, vasoespasmos, obstrucción embólica, cualquiera de las cuales pueden dar como resultado un IAM y aneurisma ventricular. Dentro de las causas no vasculares puede verse la sífilis, la tuberculosis, la enfermedad de Chagas, cardiopatías infiltrativas, traumatismos de tórax y aneurismas ventriculares congénitos, que son infrecuentes. Un diagnóstico diferencial de los AVI que debe hacerse es con los divertículos congénitos del VI que pueden llevar a confusión. La contractilidad es el único parámetro confiable: los aneurismas se expanden, mientras que los divertículos se contraen durante la sístole ventricular. El tratamiento de los aneurismas continúa siendo un reto, tanto para el clínico como para el cirujano. Los pacientes sintomáticos que presentan angina, insuficiencia cardíaca y arritmias o con aneurismas grandes deben ser tratados con cirugía. En nuestro caso, la presencia de arterias coronarias normales, la exclusión de IAM y otras causas etiológicas (serología para Chagas negativa), nos permitió determinar que el origen más probable del AVI era congénito.