

## Aneurisma ventricular izquierdo asociado a accidente cerebrovascular agudo

### Left ventricular aneurysm associated with stroke: a rare complication

#### Sr. Editor:

Los aneurismas ventriculares se definen como un segmento discinético o acinético de un área dilatada del corazón que ocasiona una disminución de la función ventricular, comúnmente causado por un infarto de miocardio. La lesión se puede describir como un abombamiento de una porción localizada en la cara externa de ventrículo izquierdo, más allá del resto de la superficie cardiaca, con protusión simultánea de la cavidad hacia el mismo<sup>1</sup>.

Anatómicamente, la pared del ventrículo es más delgada que la adyacente y está compuesta por tejido necrótico y fibrótico, mezclado con un miocardio viable. En el pseudoaneurisma, existe una ruptura incompleta de la pared que se encuentra contenida por el pericardio<sup>1</sup>.

El aneurisma ventricular izquierdo es una complicación mecánica fatal, comúnmente asociada al infarto agudo de miocardio (IAM)<sup>2</sup>. Su prevalencia oscila en el 10 y 35% en pacientes no revascularizados y en torno al 0,3% en los revascularizados<sup>3</sup>. Es una entidad rara, poco frecuente, sin manifestaciones clínicas claras y que habitualmente es un hallazgo incidental<sup>4</sup>.

La presencia de trombos murales asociados parece haberse reducido con el uso de terapias antiagregantes agresivas, aunque, siguen estando presentes en isquemias silentes<sup>5</sup>.

Existen pocos casos publicados que relacionen un evento isquémico silente con el desarrollo de lesiones aneurismáticas de ventrículo izquierdo complicadas por eventos tromboembólicos.

Varón de 56 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por malestar general y febrícula de unas horas de evolución. Se evidenció fiebre de 39°C, sin otra clínica asociada. Durante su estancia en la sala de espera, mientras se administraba antipirético, presenta un cuadro presincope asociado a pérdida de fuerza 3/5 en miembro superior derecho, desviación de comisura bucal a la izquierda y discreta afasia motora.

Se activó el procedimiento de código ictus y se realizó un angioTAC donde se objetiva un área de penumbra perirrolándica izquierda y placas de ateromatosis calcificadas en sendas bifurcaciones de arterias carótidas comunes, con adecuada opacificación distal. Además, llamó la atención al realizarle una ecocardiografía en el servicio de urgencias, la presencia de derrame pericárdico y una masa en ventrículo izquierdo por lo que se descartó realizar trombólisis.

Dados estos hallazgos, se realizó una ecocardiografía doppler color, encontrando un ventrículo izquierdo ligeramente dilatado con aquinesia posterobasal con pro-

bable pseudoaneurisma y presencia de masa o trombo de 48 x 35 mm en su interior; función global de VI ligeramente deprimida, insuficiencia mitral leve-moderada, aurícula izquierda ligeramente dilatada, y derrame pericárdico circunferencial moderado de 18 mm sin compromiso hemodinámico (Figura 1).

Tras dichos hallazgos, se realizó una tomografía computarizada (TC) toraco abdominal donde se apreció un defecto de la perfusión subendocárdico basal inferolateral y medio ventricular izquierdo, acompañado de un marcado adelgazamiento parietal aneurismático contenido, con saco de 4,5 cm; extenso defecto de repleción en su interior que no mostraba captación de contraste, compatible con un trombo intracavitario. En resumen, lesión isquémica en territorio de la circunfleja, con aneurisma trombosado.

El servicio de cirugía cardiaca intervino al paciente, efectuando una exclusión del aneurisma ventricular y extracción del trombo intracavitario (Figuras 2 y 3).

En el postoperatorio, el paciente evolucionó favorablemente a nivel hemodinámico, no así a nivel neurológico. Se repitió el TC de cráneo donde se apreciaron infartos establecidos en ambos hemisferios cerebrales y fosa posterior. Clínicamente, persistía la hemiparesia derecha y la disartria, requiriendo rehabilitación neurológica.

Los aneurismas ventriculares son poco frecuentes, clasificándose en congénitos o adquiridos. En el caso de

#### Autores:

Elena Auriolos García<sup>1</sup>  
Jorge Pedraza García<sup>2</sup>  
Manuel Porras Pantojo<sup>3</sup>  
Patricia Vidal Malia<sup>1</sup>

#### Filiación de los autores:

<sup>1</sup>Área Sanitaria Norte Córdoba, España.

<sup>2</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Comarcal Pozoblanco, Córdoba, España.

<sup>3</sup>Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Comarcal Pozoblanco, Córdoba, España.

#### E-mail:

Elenaag.1093@gmail.com

#### Responsabilidades éticas:

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

#### Editor responsable:

Fernando Rosell Ortiz.



Figura 1. Ecocardiografía: masa/trombo en interior de VI de 48 x 35mm.

los adquiridos, la principal causa es el síndrome coronario agudo, especialmente aquellos con afectación de la descendente anterior<sup>3</sup>. Este segundo grupo ha visto reducida su prevalencia tras la implantación del tratamiento de reperfusión coronaria por acceso percutáneo<sup>6</sup>. Sin embargo, deben ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con fenómenos trombóticos, los cuales ocurren en diferentes regiones anatómicas, siendo las más frecuentes las cerebrales y las de miembros inferiores.

Normalmente, los aneurismas son sintomáticos, pero también existen ca-

sos, como el presentando en este artículo que se diagnostican de forma incidental al estudiar otra patología<sup>7</sup>. La forma asintomática se asocia a un mayor riesgo de complicaciones. Éstas también guardan relación con el grado de dilatación y la localización del mismo.

El estudio de mayor sensibilidad y especificidad es el ecocardiograma. La resonancia cardíaca permite, además, localizar el sitio exacto de la dilatación. Ambos estudios permiten realizar la diferenciación entre aneurisma y pseudoaneurisma para tomar la conducta terapéutica adecuada<sup>2</sup>.

La reparación quirúrgica tiene la intención de conservar la fisiología cardíaca, con una mortalidad a los 30 días que varía entre el 0-19%. El tratamiento quirúrgico es efectivo, mejorando la esperanza y la calidad de vida, sobre todo si se acompaña de revascularización miocárdica.

La singularidad de este caso de accidente isquémico cerebral es la rara asociación con un aneurisma ventricular, lo que indica la importancia de considerar todos los posibles diagnósticos diferenciales etiológicos, incluso aquellos con menor prevalencia clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Quitian Moreno J, Ariza Rodríguez DJ, Rugeles T, Bermúdez López LM. Complicaciones mecánicas del infarto agudo de miocardio: aunque infrecuentes, potencialmente letales. *Revista Colombiana Cardiología*. 2017;24:505-9.
2. Kutty RS, Jones N, Moorjani N. Mechanical complications of acute myocardial infarction. *Cardiology Clinics*. 2013;31:519-31.
3. Gil L, Estévez F, Acosta F, Perea C, García Iturralde L, Cattáneo J. Aneurisma ventricular izquierdo asociado a trombo mural: una complicación poco frecuente del IAMCEST. *CO-NAREC*. 2020;35:265-7.
4. Della Rocca DG, Forleo GB, Stazi CA, Franco G, Volpe GA, Romeo F. Massive left ventricular pseudoaneurysm 20 years after acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62:e523.
5. Velasco-Castro JC, García-Agudelo L, Niño-Moreno MP, Vargas-Rodríguez LJ. Aneurisma ventricular izquierdo después de infarto transmural silente. *Rev Salud Bosque*. 2023;13:1-8.
6. Khanna S, Bhat A, Mardini M, Tan TC. Left ventricular aneurysm: a rare complication of an acute myocardial infarction in the modern era. *Oxf Med Case Reports*. 2020;9:omaa080.
7. Roberts CE Jr, Rana HN, Wood B, Hussain Z. Incidental Discovery of a Left Ventricular Aneurysm After a Syncopal Episode. *Cureus*. 2021;13:e17979.

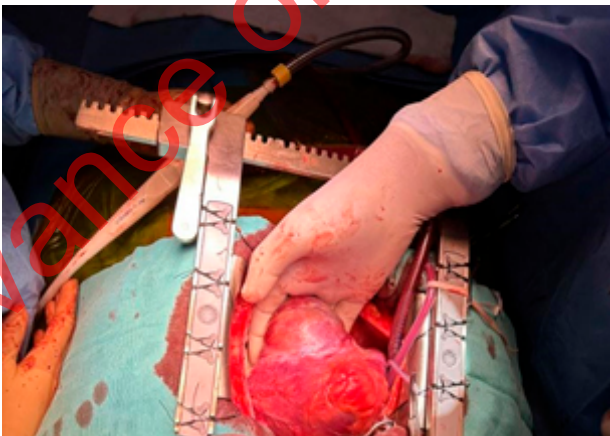


Figura 2. Cirugía cardíaca realizada al paciente, se aprecia el pseudoaneurisma antes de su exclusión para retirada de material trombótico.

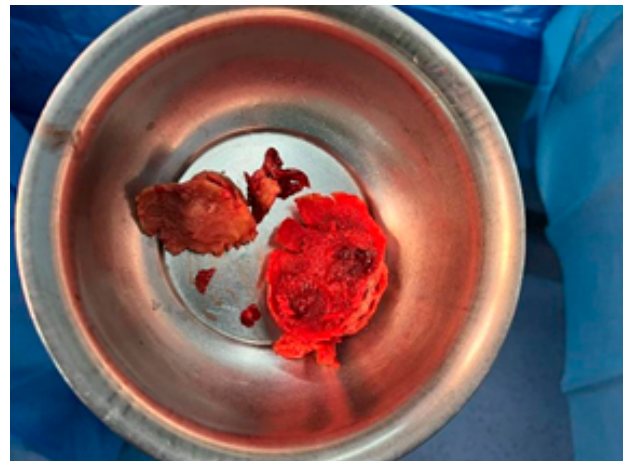


Figura 3. Material trombótico ya extirpado del VI del paciente.