

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Imagen en cardiología

Hallazgo radiográfico como causa de taquicardia ventricular



Radiographic finding as a cause of ventricular tachycardia

Manel Maymí Ballesteros*, María Vidal Burdeus y José A. Barrabés Riu

Unidad de Críticos Cardiovasculares, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de diciembre de 2021

Aceptado el 31 de enero de 2022

On-line el 28 de febrero de 2022

Mujer de 85 años con cardiopatía isquémica crónica iniciada con un infarto agudo de miocardio inferior en 1997, tratado con una revascularización quirúrgica con triple *bypass*, y fibrilación auricular paroxística anticoagulada con acenocumarol, sin seguimiento desde entonces.

La paciente acude a urgencias por palpitaciones y dolor torácico. A su llegada, presenta una presión arterial de 147/50 mmHg, frecuencia cardíaca de 150 lpm y saturación de oxígeno al 90% al aire ambiente, con buena perfusión y signos de insuficiencia cardíaca incipiente.

El electrocardiograma muestra taquicardia regular de QRS ancho compatible con taquicardia ventricular a 150 lpm. Se administra a la paciente 300 mg de amiodarona, sin respuesta, por lo que se decide suministrarle hasta 700 mg de procainamida de forma lenta y progresiva, con lo que se logra una reversión a ritmo sinusal con evidencia de onda Q inferior, presentando posterior mejoría de la clínica.

En la radiografía de tórax destacó la presencia de una gran calcificación apical (fig. 1A) y el ecocardiograma detectó una disfunción ventricular grave con aquinesia y adelgazamiento de la cara inferior y un gran pseudoaneurisma en la cara

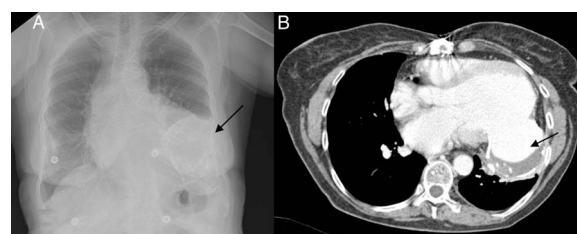


Figura 1

inferolateral con trombo en su interior. Una angiotomografía computarizada confirmó la presencia de un voluminoso pseudoaneurisma ventricular (54 × 76 × 96 mm) con calcificación periférica y trombosis parcial (fig. 1B).

Ante la ausencia de nuevos eventos arrítmicos tras la impregnación con amiodarona y betabloqueantes y la presencia de trombo intracavitario, se desestimó la ablación. La paciente ha permanecido sin nuevos eventos hasta la fecha. Se cuenta con su consentimiento informado para publicar el caso.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmaymi@vhebron.net (M. Maymí Ballesteros).<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2022.01.007>

2605-1532/© 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Financiación

Sin financiación externa.

Contribución de los autores

M. Vidal Burdeus y J. A. Barrabés Riu son los responsables de la detección y la supervisión del caso. M. Maymí Ballesteros

es responsable de la redacción del caso y de las ediciones subsiguientes.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflicto de intereses.