

# **Anomalías cardíacas como causa de dolor precordial y síncope a repetición en paciente joven. Reporte de caso**

Categoría: Cardiología y Cirugía Cardiovascular Adultos

Paciente femenina de 22 años, que a los 14 años posterior a ejercicio físico presentó dolor torácico inespecífico por lo que se realizó ECG, allí se evidenció signos de hipertrofia ventricular izquierda, se solicitó un ecocardiograma (2014) que informa: septum 11 pared posterior 11, hipertrofia concéntrica leve, quedó en seguimiento por cardiología infantil. Ecocardiografía de control (2016): septum/pared posterior 19/11, FE 79%, miocardiopatía hipertrófica con obstrucción dinámica leve del TSVI (especificar gradiente), inicia tratamiento con atenolol 25 mg/día y continua en seguimiento por cardiología infantil. En el 2019 presenta 5 eventos de síncope, por lo que acude al servicio de urgencias, al examen físico: R1 R2 normofonéticos, ritmo regular, taquicardica, soplo sistólico en foco aórtico intensificado con maniobras de valsalva. Se realiza ecocardiograma: septum 18, pared posterior 11, FEVI 67%, hipertrofia septal asimétrica con obstrucción dinámica severa a nivel del TSVI con gradiente 95 mmHg. Ante la sospecha de arritmias ventriculares se realiza Holter de 24 horas: ritmo sinusal, sin alteraciones de la conducción AV, no taquiarritmias y bradiarritmias. Se decide ablación septal con alcohol. En cateterismo para determinar anatomía coronaria se constata puente muscular a nivel del tercio medio de la arteria descendente anterior con estrechamiento sistólico moderado, gradiente intraventricular 72 mmHg. En el 2019 se realiza ablación septal con alcohol a nivel de la primera rama septal de la arteria descendente anterior con reducción inmediata significativa intraventricular (13mmHg), marcapasos transitorio a demanda por vía femoral. Control ecocardiográfico a los 5 días post ablación: septum 21 mm, pared posterior 13 mm, gradiente del TSVI 64 mmHg. Un año post ablación

presenta nuevo evento referido como síncope posterior a ingesta de bebidas alcohólicas, por lo que se solicita nuevo control ecocardiográfico: septum 23 mm, pared posterior 12 mm, FEVI 65%, sin obstrucción al tracto de salida de VI. En holter de 24 horas: un episodio de taquicardia ventricular no sostenida. Se realiza til test (positivo tipo vasopresor). Se evalúa riesgo de muerte súbita con criterios clínicos y con resonancia magnética fibrosis menor al 10% por lo que se descarta colocación de cardiodesfibrilador implantable.

**Comentario:**

La ablación con alcohol es una alternativa poco cruenta y segura para el tratamiento de la miocardiopatía hipertrófica con obstrucción dinámica al tracto de salida del ventrículo izquierdo, se preconiza la vigilancia de los factores de riesgo de muerte súbita en el seguimiento de estos pacientes.

**Autor Principal:**

NATALIA SOLEDAD ZORRILA URAN, PRY CI 2577340

email: ns\_zorrila@hotmail.com, telefono: 972110889

Otros autores:

LORENA MONSERRAT GABRIAGUEZ GONZALEZ,

lorenagabriaguez@gmail.com

JORGE MANUEL ORTEGA SANABRIA, jormanort@outlook.es

ENRIQUE ASTERIO JORGGE ARRIOLA, enriquejorgge91@gmail.com

RUTH IASMIN DELGADILLO PERALTA, ruthiasmin@gmail.com

CESAR MARIA DELMAS BARCHELLO, cedebeba58@gmail.com

GABRIEL NICOLAS PAREDES, gabrielnparedes@hotmail.com

Presentador: NATALIA SOLEDAD ZORRILA URAN

Institucion Principal: INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "PROF. DR. JUAN A. CATTONI" PRY

Palabras claves: SINCOPE. CARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. DOLOR

PRECORDIAL

Adjuntos: