

Imagen en cardiología

A propósito de un soplo

Speaking of Murmurs

Carles Moliner Abós*, David Viladés Medel y Antonio J. Barros Membrilla

Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau-Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

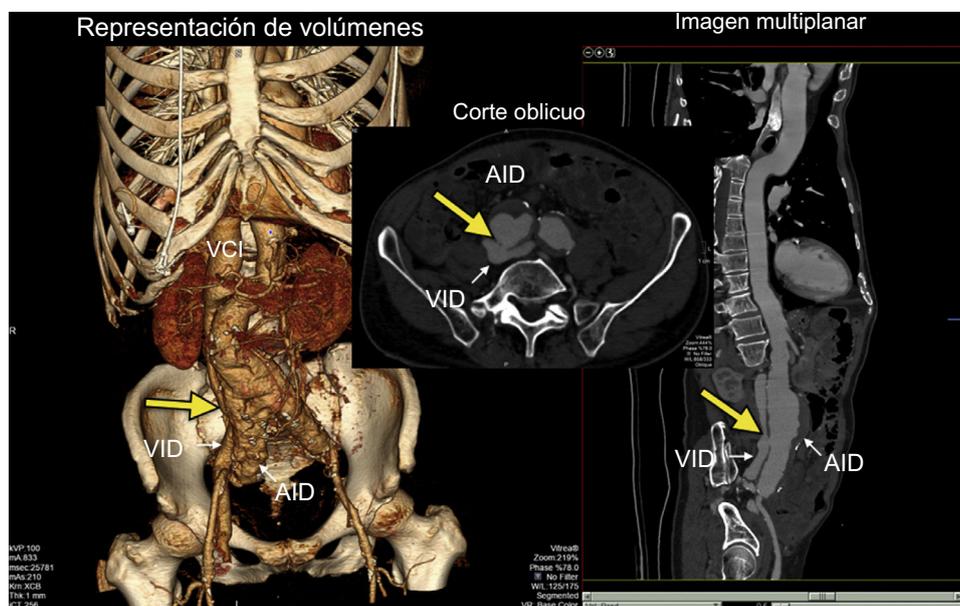


Figura.

Se presenta el caso de un varón de 70 años con antecedente de infarto de miocardio lateral-inferior antiguo no revascularizado. Meses antes, por angina de esfuerzo, se había estudiado mediante ecocardiografía transtorácica, que mostraba una fracción de eyección conservada con un ventrículo izquierdo no dilatado, sin valvulopatías, y una tomografía por emisión monofotónica miocárdica, que evidenciaba una pequeña necrosis no transmural inferoseptal y mínima isquemia inferior. Se controló con tratamiento médico.

El paciente consultó por angina progresiva de 3 días de evolución, y su electrocardiograma mostraba infradesnivel del segmento ST en territorio inferior y lateral, que se normalizó con nitratos. La primera determinación de troponina T ultrasensible fue de 113 ng/l (< 13 ng/l). A la exploración física destacaba un soplo continuo, panfocal, irradiado desde la región lumbar derecha del abdomen, no descrito previamente. No se palpaba masa pulsátil abdominal ni *thrill*.

Sospechando un infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST tipo 2, se realizó una angiografía por tomografía computarizada toracoabdominal, que diagnosticó una gran fístula arteriovenosa (figura, flecha amarilla) por rotura espontánea de un aneurisma de la arteria iliaca derecha (AID) hacia la vena iliaca derecha (VID), con dilatación relevante de la vena cava inferior (VCI).

Con este caso, queremos enfatizar la relevancia de una buena exploración física para un correcto tratamiento diagnóstico y terapéutico de los pacientes en cardiología.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: cmoliner@santpau.cat (C. Moliner Abós).

On-line el 11 de junio de 2018

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en