

Miocardiopatía hipertrófica medioventricular izquierda

LAURA DE CANDIDO, OSCAR CARLEVARO, RUBÉN KEVORKIAN

Paciente de sexo masculino de 51 años. Factores de riesgo cardiovascular: HTA y tabaquismo. Consulta por dolor precordial atípico. Al examen físico se detecta soplo sistólico eyectivo 2/6 con R2 conservado. ECG: signos de hipertrofia ventricular izquierda (VI) y T negativas en cara anterior (V1 a V6). La perfusión miocárdica fue positiva con isquemia anteroseptal basal y medial. La hemodinamia mostró hipertrofia pronunciada del VI y puente muscular sistólico y segmentario en el tercio medio de la DA con una cavidad apical (*flecha A*) en el VI (Figura 1). Se observó un gradiente de 200 mm Hg entre la base y la cavidad apical del VI (Figura2). La ausencia de gradiente transvalvular aórtico descartó patología valvular aórtica. No se observó insuficiencia mitral y la elevada presión apical sistólica descartó un aneurisma del VI. La isquemia miocárdica observada podría responder a múltiples mecanismos: elevado estrés parietal, hipertrofia pronunciada del VI, puente muscular sistólico, etc.

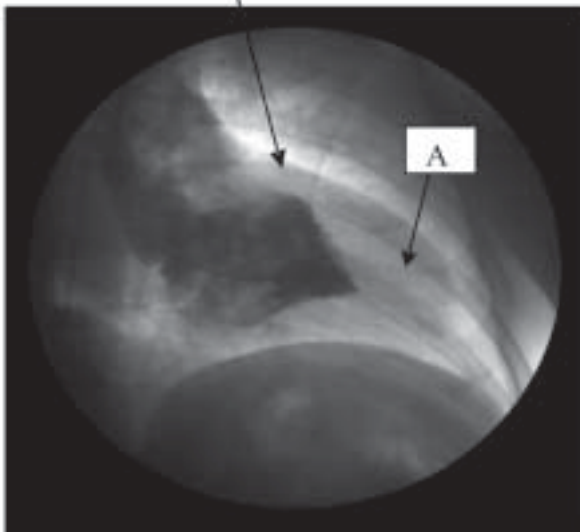
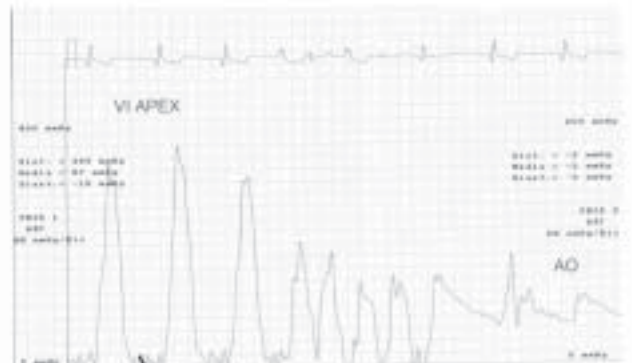
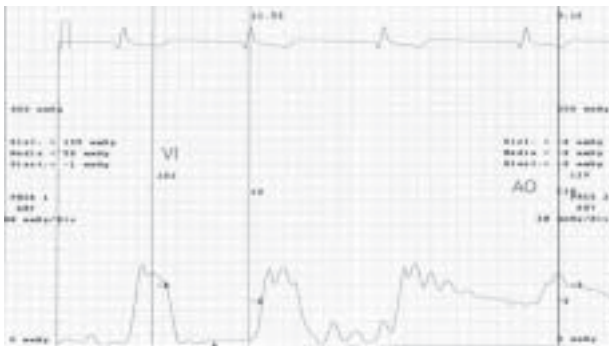


Fig. 1

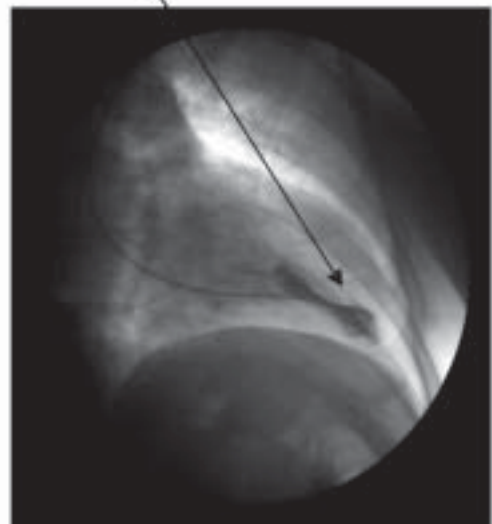


Fig. 2