



ANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO, UNA PATOLOGÍA OLVIDADA

Lucas A. Aranguren ⁽¹⁾, Marcelo Lanzotti ⁽²⁾, Leandro Lasave ⁽³⁾, Luis Diodato ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Médico Residente del Servicio de Cardiología

⁽²⁾ Médico Especialista en Cardiología, Arritmología y Electrofisiología

⁽³⁾ Médico Especialista en Cardiología y Hemodinamista

⁽⁴⁾ Médico Especialista en Cirugía Cardiovascular

Instituto Cardiovascular de Rosario - Bv. Oroño 450, (2000) Rosario, Argentina

Correspondencia a: lucasaranguren96@gmail.com

Fecha de publicación: 16/2/2026

Citación sugerida: Aranguren LA, Lanzotti M, Lasave L y col. Aneurisma ventricular izquierdo, una patología olvidada. Anuario (Fund. Dr. J. R. Villavicencio) 2026;33. Disponible en: <https://villavicencio.org.ar/anuario/33/aneurisma-ventricular-izquierdo.pdf>.
ARK: <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s2796762x/wuja0a9im>

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>), esto permite que Ud. lo comparta, lo copie y lo redistribuya, sin propósitos comerciales, siempre que se cite correctamente el trabajo original. Si crea un nuevo material con él, no podrá distribuir el material modificado.

Resumen

El aneurisma de ventrículo izquierdo forma parte de una de las complicaciones mecánicas de infarto agudo de miocardio infrecuentes en la actualidad debido al avance en las últimas décadas de terapias de reperfusión. Una de las más temidas complicaciones de esta patología es la taquicardia ventricular. Se han descrito múltiples tratamientos médicos antiarrítmicos y quirúrgicos, uno de ellos que parecería tener alta eficacia sería la técnica quirúrgica propuesta por Dor.

Presentamos el caso clínico de un paciente masculino de 65 años de edad con antecedente de cardiopatía isquémica necrótica e implante de cardiodesfibrilador como prevención secundaria que consulta por múltiples descargas apropiadas diagnosticándose aneurisma ventricular izquierdo asociado a sub oclusión de arteria coronaria descendente anterior, posteriormente se realizó técnica quirúrgica propuesta por Dor. Se presentan diferentes alternativas de abordajes terapéuticos.

Palabras clave

Infarto agudo miocárdio, aneurisma ventricular, tor-

LEFT VENTRICULAR ANEURYSM: A FORGOTTEN PATHOLOGY

Abstract

Left ventricular aneurysm is one of the mechanical complications of acute myocardial infarction; nowadays it is relatively uncommon due to reperfusion therapies improvements observed in recent decades. Ventricular tachycardia is one of the most concerning complications of this condition. Multiple medical antiarrhythmic and surgical treatments have been described; one of them that appear to be highly effective is the surgical technique proposed by Dor. We present the case of a 65-year-old male patient with a history of ischemic necrotic heart disease and a cardioverter-defibrillator implant as second-line prevention. The patient consulted for multiple appropriate shocks and was diagnosed with left ventricular aneurysm associated with subocclusion of the anterior descending coronary artery. Subsequently, the surgical technique proposed by Dor was performed. A review of the topic was carried out considering different therapeutic approaches.



menta arrítmica, cardiodesfibrilador, cirugía cardiovascular.

Keywords

Acute myocardial infarction, ventricular aneurysm, arrhythmic storm, cardiodefibrillator, cardiovascular surgery.

Introducción:

El aneurisma de ventrículo izquierdo se caracteriza por una expansión paradójica discinética de la pared ventricular durante la sístole. Entre sus diagnósticos diferenciales, el pseudoaneurisma se forma cuando la pared libre del ventrículo se rompe, pero queda contenida por el pericardio adyacente o el tejido cicatricial.¹

Desde el advenimiento de la angioplastia primaria como tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM), se observó una disminución de su incidencia. La reperfusión tardía, la ausencia de circulación colateral, así como la oclusión completa de la arteria coronaria afectada constituyen factores predisponentes al desarrollo de un aneurisma ventricular. Durante este proceso, el aumento del volumen ventricular aumenta la tensión parietal y el consumo miocárdico de oxígeno, lo que reduciría el gasto cardíaco ocasionando insuficiencia cardíaca, angina, arritmias ventriculares o embolias sistémicas. El diagnóstico precoz de esta complicación mecánica es fundamental en el IAM extenso debido a su asociación con dichas patologías.²

Objetivos:

Presentar y analizar un caso clínico de aneurisma ventricular izquierdo asociado a tormenta arrítmica, proponiendo un abordaje terapéutico basado en la revisión de opciones de tratamiento y su posible efectividad para mejorar el pronóstico del paciente.

Presentación del caso:

Paciente masculino de 65 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, dislipemia y ex-tabaquismo, portador de cardiopatía isquémico-necrótica con deterioro severo de la función sistólica ventricular izquierda (FEVI) 30 %, (IAM anterior extenso en 2006, tratado con angioplastia primaria e implante de stent liberador de drogas a arteria descendente anterior (DA); y angioplastia coronaria programada con implante de dos stents a tercio medio de arteria coronaria derecha). En su evolución clínica, presenta en 2016 episodios de taquicardia ventricular monomorfa sostenida (TVMS) con signos de descompensación hemodinámica por lo

cual se le realizó cardioversión eléctrica. Se le realiza nueva angioplastia de arteria coronaria por reestenosis intra-stent con ulterior cardiodesfibrilador implantable (CDI) como prevención secundaria de muerte súbita.

Evoluciona con disnea en clase funcional 1 (NYHA), con alta intensidad de actividad física diaria (deportista de alto rendimiento, realiza 36-40 km diarios).

En junio del corriente año presenta tormenta eléctrica, constatándose (mediante la interrogación del dispositivo) numerosos episodios de taquicardia ventricular monomorfa sostenida, que requirieron su internación y tratamiento con amiodarona endovenosa (Figura 1).

Durante su internación, se reevalúa con ecocardiograma doppler color que evidenció una FEVI del 30 %, con la presencia de un aneurisma apical con disquinesia en todos sus segmentos e hipoquinesia infero-basal e infero-medial con un volumen tele diastólico estimado por método de Simpson 118 ml (Figura 2). Se le realiza cinecoronariografía la que informó una reestenosis intra-stent difusa en arteria DA estimada en un 50 %. Por otro lado, se solicita una resonancia magnética nuclear cardíaca, la cual evidenció la presencia de un aneurisma apical con discinesia y adelgazamiento de todos los segmentos apicales y acinesia del segmento antero septal medial. Realce tardío de gadolinio transmural extenso en todos los segmentos apicales y segmento antero septal medial, con ausencia de viabilidad (Figura 3). Intercurre con accidente cerebrovascular isquémico sintomático por hemiparesia braquial izquierda y disartria de probable etiología cardioembólica, sin secuelas.

Evolucionó con nuevos episodios de descargas apropiadas del CDI (23 episodios) a pesar de la optimización del tratamiento antiarrítmico farmacológico. Se realizó una reunión con la intervención de distintas especialidades clínicas y quirúrgicas, decidiendo la resolución quirúrgica del aneurisma.

Durante el acto quirúrgico, se realizó aneurismectomía con cierre de aneurisma con parche bovino, ablación quirúrgica por radiofrecuencia de zona de transición y confección de puente mamario izquierdo a descendente anterior (cirugía de Dor) (Figuras 4 y 5).

Al control ecocardiográfico post-quirúrgico se constata

Figura 1: Registro electrocardiográfico cardiodesfibrilador implantable



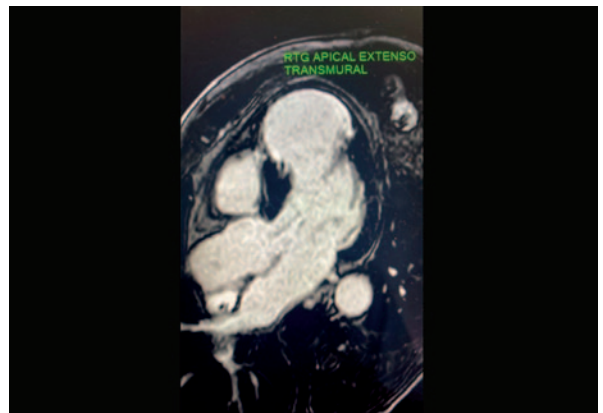
Se visualiza terapia antiarrítmica con posterior descarga apropiada con reversión a ritmo sinusal.

Figura 2: Ecocardiograma transtorácico



Vista apical de cuatro cámaras donde se visualiza aneurisma apical.

Figura 3: Posicionamiento del endoscopista



Aneurisma apical con discinesia y adelgazamiento de todos los segmentos apicales y acinesia del segmento antero septal medial.

Figura 4: Sutura con parche ventricular bovino

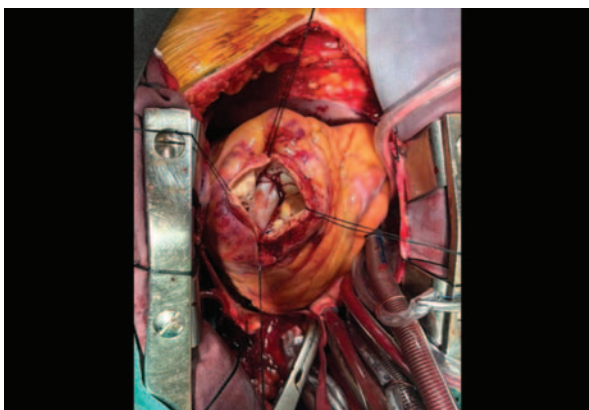
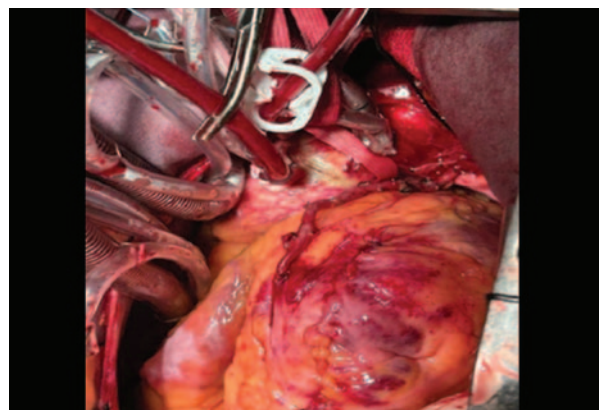


Figura 5: Bypass arterial mamaria descendente anterior





una mejoría de FEVI estimada en 60 % con un volumen telediastólico de 76 ml. El paciente evolucionó favorablemente, sin presentar complicaciones postquirúrgicas de jerarquía, siendo dado de alta a los 5 días luego de la cirugía, con tratamiento médico optimizado y anticoagulación oral. Al control del dispositivo realizado a los 30 días de la cirugía, no se evidenciaron episodios de taquiarritmia ventricular.

Discusión:

Esta presentación resalta los desafíos en el manejo de arritmias complejas relacionada con el aneurisma conformando este una macro reentrada por conducción sobre tejido fibroso cerca del área de transición entre el miocardio sano y la pared aneurismática.³ La evidencia en este tipo de pacientes, como se describe en el estudio Vanish, muestra que aquellos con miocardiopatía isquémica portadores de CDI y taquicardia ventricular recurrente, al ser sometidos a ablación, experimentaron una reducción significativa en eventos primarios, incluidos muerte, tormentas arrítmicas y descargas apropiadas del dispositivo, en comparación con el tratamiento farmacológico.⁴

Tomando en consideración nuestro paciente se optó por un abordaje quirúrgico invasivo acompañado de ablación quirúrgica por radiofrecuencia del borde del saco aneurismático, en lugar de realizar un procedimiento de ablación trans-catéter endocavitario, debido fundamentalmente al tamaño del aneurisma, en esta clase de pacientes se podrían obtener beneficios con la aneurismectomía quirúr-

gica, donde la ablación con catéter no fue factible o no logró eliminar el circuito de la taquicardia.⁵

Considerando ciertos criterios específicos, como la dilatación del ventrículo izquierdo, fracción de eyección reducida y síntomas de angina, insuficiencia cardíaca y/o arritmias ventriculares, la técnica quirúrgica de elección suele ser la desarrollada por Dor, que se centra en la revascularización coronaria reducción del volumen ventricular en aproximadamente 60 ml/m², y aplicación de crioterapia en el borde del aneurisma. Además, busca restaurar la forma ventricular mediante un parche endoventricular autólogo o sintético, que redefine la posición del nuevo ápice.⁶

Conclusiones:

El aneurisma ventricular izquierdo ha disminuido su incidencia con el advenimiento de las técnicas de reperfusión. Se han reportado tasas de mortalidad a 5 años muy variables, que oscilan del 30 % hasta un 80 %. El pronóstico depende fundamentalmente del tamaño del aneurisma así como de la presencia de síntomas y de arritmias ventriculares complejas.¹

La estrategia terapéutica debe individualizarse, resaltando la importancia de un enfoque multidisciplinario y reservando la cirugía para centros experimentados.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía:

1. Bisoyi S, Dash AK, Nayak D, et al. Left ventricular pseudoaneurysm versus aneurysm a diagnosis dilemma. *Ann Card Anaesth*. 2016;19:169-172.

2. Martín Trenor A. Cirugía del aneurisma ventricular izquierdo. *Cirugía cardiovascular*. 2011;18:293-301. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134009611700481#bi0005>

3. Jentzer JC, Noseworthy PA, Kashou AH, et al. Multidisciplinary critical care management of electrical storm: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol*. 2023;81:2189-2206. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37257955/>

4. Sapp JL, Wells GA, Parkash R, et al. Ventricular tachycardia ablation versus escalation of antiarrhythmic drugs. *N Engl J Med*. 2016;375:111-121.

5. Wellens F, Geelen P, Demirsoy E, et al. Surgical treatment of tachyarrhythmias due to postinfarction left ventricular aneurysm with endoaneurysmorrhaphy and cryoablation. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2002;22:771-776. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12414044/>

6. Menicanti L, Di Donato M. The Dor procedure: what has changed after fifteen years of clinical practice? *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2002;124:886-890. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12407369/>