

DISECCIÓN MIOCÁRDICA COMO COMPLICACIÓN DE INFARTO DE MIOCARDIO EVOLUCIONADO EN PACIENTE CON ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

MYOCARDIAL DISSECTION AS A COMPLICATION OF EVOLVED MYOCARDIAL INFARCTION IN A PATIENT AT HIGH SURGICAL RISK

GOGGI F¹, SPACCAVENTO A², SIGAL A³

RESUMEN

Las complicaciones mecánicas derivadas de los infartos de miocardio representan habitualmente una emergencia con alta mortalidad. No obstante, en la actualidad, con la mejoría de los métodos de reperfusión, su incidencia ha experimentado una disminución notable¹.

Se presenta el caso de una paciente de 78 años, con dolor torácico de un mes de evolución. Se realizó ecocardiograma transtorácico que evidenció secuela en territorio de la arteria descendente anterior y aneurisma apical con disección intramiocárdica evolucionada. Se realizó angiografía coronaria donde se observó oclusión total de la arteria descendente anterior en tercio proximal, y disección miocárdica en el ápex del ventrículo izquierdo, con ruptura contenida del mismo. Se procede a realizar una revisión bibliográfica sobre la patología.

Palabras clave: disección miocárdica, infarto del miocardio.

ABSTRACT

Mechanical complications subsequent to myocardial infarctions usually represent an emergency with high mortality. However, currently, with the improvement of reperfusion methods, its incidence has experienced a remarkable decrease¹.

The case of a female, 78-year-old patient with chest pain for one month is presented.

Transthoracic echocardiogram was performed, which showed sequelae in the territory of the anterior descending artery and an apical aneurysm with advanced intramyocardial dissection. Coronary computed tomography angiography was performed where total occlusion of the Anterior Descending Artery (LAD) in its proximal third was observed, and myocardial dissection in the apex of the left ventricle (LV), with contained rupture in it. A bibliographic review on the pathology is carried out.

Keywords: myocardial dissection, myocardial infarction.

REVISTA CONAREC 2024;39(170):119-122 | [HTTPS://DOI.ORG/10.32407/RCON/2024170/0119-0122](https://doi.org/10.32407/RCON/2024170/0119-0122)

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de mortalidad en nuestro país y en el mundo, con una tasa estimada de mortalidad de 227,4 cada 100.000 habitantes, lo que equivale al 30% de la mortalidad total. Dentro de este grupo, se destaca el infarto agudo de miocardio (IAM), con una incidencia de 9 casos por cada 10.000 habitantes por año, lo que representa aproximadamente unos 40.000 eventos anuales. Dentro de las causas que explican la mortalidad se encuentran: la arritmica (39%), seguida por insuficiencia cardíaca (33%), infecciones (15%) y complicaciones mecánicas (13%)².

Entre las complicaciones mecánicas posibles se incluyen la insuficiencia mitral, ruptura del *septum* interventricular, rotura de la pared libre del ventrículo izquierdo o pseudoaneurisma del ventrículo izquierdo.

Es importante destacar que la incidencia de rotura cardíaca ha disminuido drásticamente con el avance tecnológico de los métodos de reperfusión y del uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o los betabloqueantes. Se consideran factores predisponentes la edad avanzada, el sexo femenino, la hipertensión arterial, un primer infarto transmural sin circulación colateral, así como infartos no muy extensos y poco complicados³.

Se presenta el caso de una paciente de edad avanzada con un infarto evolucionado, que se complicó con rotura cardíaca contenida en el ápex del ventrículo izquierdo.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 78 años, sin factores de riesgo ni antecedentes cardiovasculares, con diagnóstico de enfermedad de Parkinson, lo que generó múltiples episodios de caídas, así como de presión mayor.

Ingresó al Servicio de Emergencias por hallazgo de ondas T negativas, no conocidas, en electrocardiograma solicitado por su médico de cabecera.

Al interrogatorio dirigido, la paciente refiere que un mes previo a la consulta tuvo dolor anginoso, en clase funcional IV según la clasificación de la Sociedad Cardiovascular Canadiense, de inicio súbito, que persistió por unos días más. Previo al inicio del dolor la paciente había tenido una caída que ocasionó traumatismo de la mano sin

1 Residente de Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA)

2 Jefe de Residentes de Cardiología Clínica, ICBA

3 Médico Staff de Cardiología, ICBA

✉ **Correspondencia:** Francisco Goggi, fgoggi@icba.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 15/06/2023 | Aceptado: 15/06/2023



Figura 1. Electrocardiograma de la paciente. Electrocardiograma en ritmo sinusal a 75 latidos por minuto, eje cardiaco desviado a la izquierda, qRs angosto, onda Q en cara anterior y T negativas en cara anterior y lateral

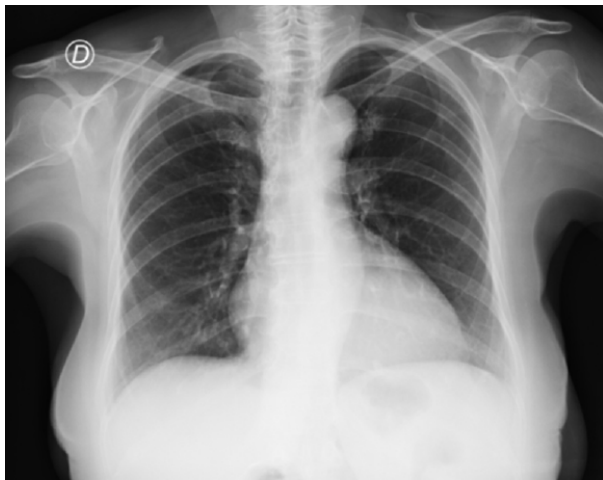


Figura 2. Radiografía de tórax de frente. Se observa índice cardiotorácico conservado, sin redistribución de flujos, con elongamiento del cayado aórtico

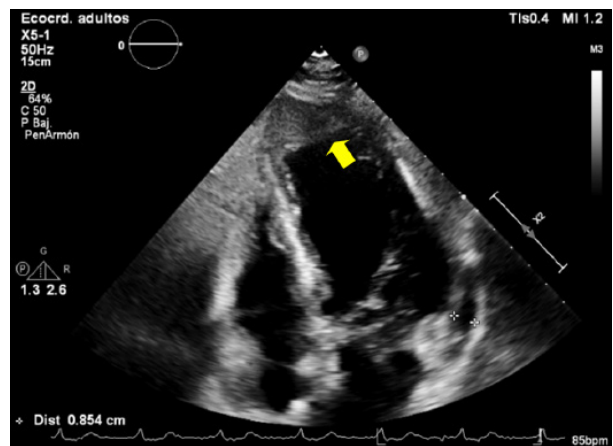


Figura 3. Ecocardiograma Doppler transtorácico. Se observa con aneurisma apical, con imagen hipocogénica de bordes bien definidos y móviles (flecha amarilla) que podría corresponderse con trombosis versus disección intramiocárdica en evolución

traumatismo craneoencefálico, consultó varias veces por dicho dolor, que fue interpretado como muscular y recibió tratamiento analgésico. Finalmente, su médico de cabecera le practicó un electrocardiograma ante la persistencia de los síntomas, donde se vieron los hallazgos ya mencionados.

Al examen físico de ingreso se encontraba normotensa, bien perfundida, con ruidos cardíacos normofonéticos, sin auscultarse soplos, sin signos de insuficiencia cardíaca. Se solicitaron los siguientes estudios complementarios iniciales: electrocardiograma, con ritmo sinusal a 75 latidos por minuto, intervalo PR conservado, eje cardíaco desviado a la izquierda, qRs angosto, con onda Q en cara anterior y con T negativas en cara anterior y lateral (**Figura 1**); radiografía de tórax con índice cardiotorácico conservado, sin redis-

tribución de flujos, con elongamiento del cayado aórtico (**Figura 2**). Posteriormente se realizó ecocardiograma Doppler transtorácico con hallazgo de ventrículo izquierdo de tamaño normal, con deterioro severo de la función sistólica, con fracción de eyección (FE) estimada de 33% y acinesia de todos los segmentos apicales e hipocinesia del resto de las paredes, con formación de aneurisma apical, donde se evidenció imagen hipocogénica de bordes bien definidos y móviles que podría corresponderse con trombosis versus disección intramiocárdica en evolución. Además se constató derrame pericárdico leve a moderado circunferencial sin evidencia de compromiso hemodinámico (**Figura 3**).

Se complementó el estudio con angiogramografía *multislice* coronaria, donde se observó oclusión total de la DA en tercio proximal (**Figura**

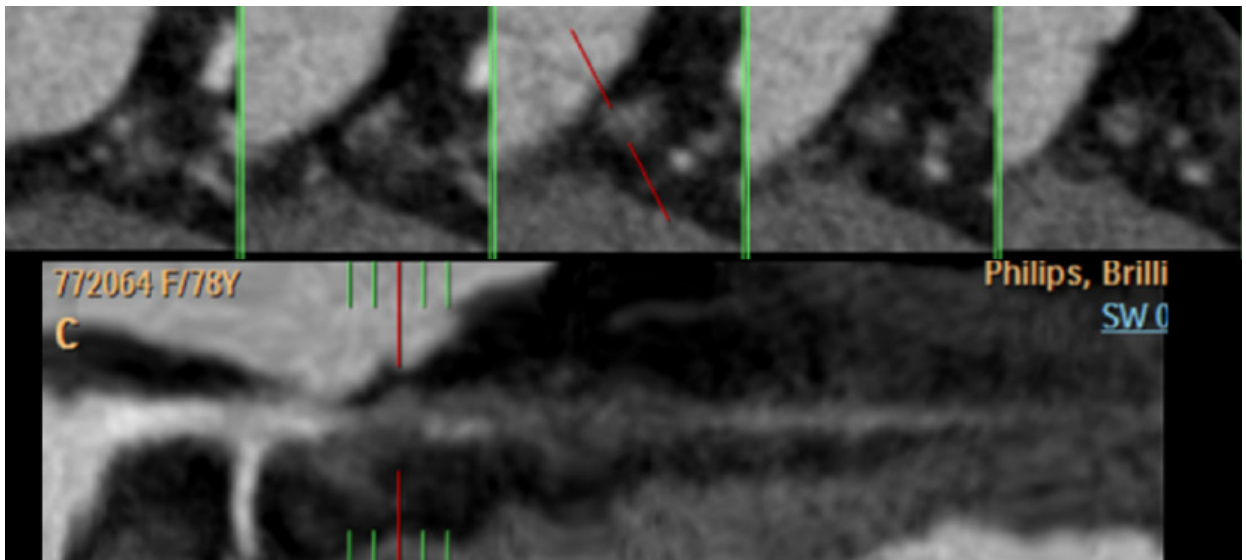


Figura 4. Angiotomografía multislice coronaria. Se observa oclusión total de la DA en tercio proximal (líneas rojas).

4) y engrosamiento que recubre la punta, con bajo grado de atenuación que impresiona corresponder a disección miocárdica (rotura contenida) (Figura 5), sin signos de extravasación activa de contraste. Presencia de derrame pericárdico leve de contenido seroso por el grado de atenuación e hipoperfusión de todo el septum anterior, anterior medio, anteroapical y ápex.

Se interpretó el cuadro como IAM evolucionado con rotura cardíaca contenida como complicación mecánica. Se decidió optar por un tratamiento conservador debido a la estabilidad clínica de la paciente y al elevado riesgo quirúrgico de realizar la reparación de la misma, con escaso beneficio clínico probable. Se instauró un tratamiento con monoterapia con aspirina y se decidió no administrar anticoagulantes debido a la ubicación del trombo intramiocárdico y no intracavitario, cumpliendo además un rol hemostático. Por último, se tituló medicación para disfunción ventricular.

DISCUSIÓN

La rotura subaguda de la pared libre ventricular representa una complicación grave y de alta mortalidad del IAM.

La presentación clínica habitual consiste en el deterioro hemodinámico, con colapso circulatorio refractario a las medidas de soporte. Para su aproximación diagnóstica, el ecocardiograma transtorácico es el primer método a utilizar, donde es posible observar la solución de continuidad así como la presencia de derrame pericárdico asociado a compromiso hemodinámico. La angiotomografía cardíaca es una herramienta útil que permite la evaluación anatómica de la lesión y evaluar el pasaje de contraste hacia el pericardio.

Se han identificado hasta 6 tipos de rotura cardíaca: rotura transmural de un segmento necrótico con espesor parietal conservado (tipo 1), rotura de un segmento necrótico remodelado (tipo 2), rotura transmural multicanalicular (tipo 3), rotura no transmural de un área necrótica sin adelgazamiento (tipo 4), rotura de la pared libre contenida por trombos y adherencias pericárdicas (tipo 5) y hemorragia de un área necrótica sin adelgazamiento ni solu-



Figura 5. Angiotomografía multislice cardíaca. Se observa engrosamiento que recubre la punta, con bajo grado de atenuación que impresiona corresponder a disección miocárdica con rotura contenida (flecha azul) sin signos de extravasación activa de contraste

ción de continuidad objetivable (tipo 6)⁴. En el caso expuesto debido a la presencia de trombo con función hemostática, se clasificó como tipo 5.

El tratamiento de elección en todos los casos es la cirugía urgente con reparación del defecto, dado el alto riesgo de mortalidad si no se interviene. Aunque existen casos excepcionales en los que se logra una supervivencia prolongada con un enfoque conservador⁵.

CONCLUSIÓN

A pesar de la disminución en la incidencia de complicaciones mecánicas del infarto, es crucial tenerlas en cuenta, especialmente en pacientes con antecedentes de dolor torácico que no fueron tratados correctamente. Las imágenes cardiovasculares son una herramienta muy útil para el rápido y correcto diagnóstico del mismo.

En casos de pacientes de edad avanzada, con riesgo quirúrgico prohibitivo, la opción conservadora por sobre la cirugía luce como una opción a considerar. Esta elección no solo se fundamenta en el riesgo quirúrgico en sí, sino también por la potencial acción hemostática que el tapón puede tener, como en nuestra paciente.

El desafío es lograr agilizar los tiempos tanto diagnósticos como terapéuticos, y lograr una concientización de la población que permita evitar demoras en el período prehospitalario, para facilitar la realización de angioplastias tempranas que previenen la disfunción ventricular y las complicaciones mecánicas, minimizando al mismo tiempo las complicaciones inherentes al procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bajaj A, Sethi A, Rathor P, Suppogu N, Sethi A. Acute Complications of Myocardial Infarction in the Current Era: Diagnosis and Management. *J Investig Med.* 2015;63(7):844-55.
2. Pérez G, Costabel J, González N, Zaidel E, Schiavone M, Carrizo A, et al. Infarto agudo de miocardio en la República Argentina. Registro CONAREC XVII. *Revista del Consejo Argentino de Residentes de Cardiología* 2013;28(121):213-221.
3. Batts KP, Ackermann DM, Edwards WD. Postinfarction rupture of the left ventricular free wall: clinicopathologic correlates in 100 consecutive autopsy cases. *Hum Pathol.* 1990;21(5):530-5.
4. Purcaro A, Costantini C, Ciampani N, Mazzanti M, Silenzi C, Gili A, et al. Diagnostic criteria and management of subacute ventricular free wall rupture complicating acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 1997;80(4):397-405.
5. Canovas SJ, Lim E, Dalmau MJ, Bueno M, Buendía J, Hornero F, et al. Midterm clinical and echocardiographic results with patch glue repair of left ventricular free wall rupture. *Circulation.* 2003;9(108)237-40.