

## Archivos de Cardiología de México

Volumen **75**  
Volume

Número **2**  
Number




Abril-Junio **2005**  
April-June

*Artículo:*

### Pseudoaneurisma ventricular. Evolución clínica y ecocardiográfica

Derechos reservados, Copyright © 2005  
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in  
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

## *Pseudoaneurisma ventricular. Evolución clínica y ecocardiográfica*

José Ruiz Torres,\* Francisco-Javier Roldán,\* Juan Manuel López Quijano,\* Jesús Vargas Barrón\*\*

### Resumen

Presentamos el caso de un paciente con una ruptura cardíaca secundaria a un infarto miocárdico al nivel del ápex del ventrículo izquierdo. La complicación mecánica condicionó la formación de un pseudoaneurisma que fue ocupado por un trombo que selló el punto de ruptura. El paciente sobrevive sin tratamiento quirúrgico tras 5 años de seguimiento.

### Summary

VENTRICULAR PSEUDOANEURYSM. CLINICAL AND ECHOCARDIOGRAPHIC EVOLUTION

The case of a patient with cardiac rupture following a myocardial infarction is presented. The rupture led to the formation of a ventricular pseudoaneurysm that was occupied by a thrombus that sealed the breakthrough point. The patient has survived without surgical treatment during the last 5 years.

(Arch Cardiol Mex 2005; 75: 182-183)

**Palabras clave:** Pseudoaneurisma ventricular. Aneurisma apical. Trombo organizado.

**Key words:** Ventricular pseudoaneurysm. Apical aneurysm. Organized thrombus.

### Introducción

La frecuencia de formación de aneurismas en el ventrículo izquierdo secundarios a un infarto agudo de miocardio es de aproximadamente 10-38%. La de ruptura de la pared libre se aproxima al 6.2%. Sin tratamiento quirúrgico la sobrevida al año de estos pacientes es de tan sólo el 5%, pero si es posible su resección, acompañada de revascularización, la sobrevida al año llega al 75%. Aunque algunos pacientes con ruptura cardíaca no presentan muerte súbita, sí un importante deterioro hemodinámico.

Presentamos el caso de un paciente con una ruptura cardíaca a nivel del ápex y la formación secundaria de un pseudoaneurisma que fue ocupado por un trombo. El proceso trombótico selló el sitio de ruptura y el paciente sobrevive en la actualidad sin haber sido sometido a tratamiento quirúrgico.

### Caso clínico

Paciente masculino de 48 años, con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo (20 al día) desde los 14 hasta los 48 años y cardiopatía isquémica con un infarto agudo del miocardio anterior de un año de evolución. El paciente ingresó al servicio de cuidados coronarios por deterioro de su clase funcional que se exacerbó en los días previos a su ingreso, llegando hasta la disnea paroxística nocturna.

La exploración física de ingreso mostró hipertensión arterial sistémica (180/120 mm Hg), taquicardia de 120 l/min, con datos de congestión pulmonar y cuarto ruido constante.

El ECG mostró elevación del ST en las derivaciones de cara anterior y, aunque en el patrón enzimático mostró CPK normal, la troponina T fue positiva por lo que se consideró el diagnóstico de reinfarto anterior extenso de 5 días de evo-

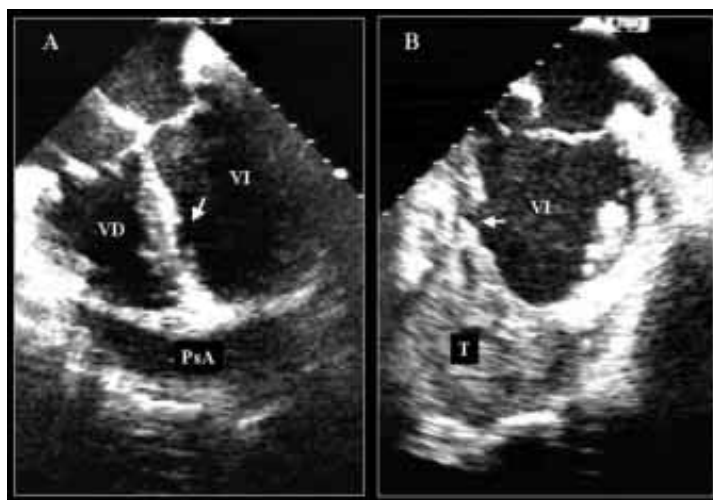
\* Del Departamento de Ecocardiografía del INCICH. México.

\*\* Jefe del Departamento de Ecocardiografía del INCICH. México.

Correspondencia: Dr. Jesús Vargas Barrón. Departamento de Ecocardiografía del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" (INCICH, Juan Badiano No. 1, Colonia: Sección XVI. 14080, Tlalpan, Ciudad de México).

Recibido: 16 de mayo de 2005

Aceptado: 30 de mayo de 2005



**Fig. 1** La figura muestra dos de las imágenes obtenidas mediante ecocardiografía transesofágica en proyección de cuatro (A) y dos cámaras (B). Las flechas señalan un punto de disección de las fibras miocárdicas septales en su origen (A) y en su punto de comunicación con la cavidad pericárdica (B). A nivel apical se aprecia la cavidad de un pseudoaneurisma (PsA) ocupado en gran parte por una imagen sugestiva de trombo (T).

lución. A las 4 horas posteriores a su internamiento el paciente presentó edema agudo del pulmón, siendo necesario apoyo mecánico ventilatorio. Se le realizaron ecocardiogramas transtorácico y transesofágico, en los que se visualizó la presencia de una ruptura de 8 mm en la región apical del ventrículo izquierdo y la presencia de un pseudoaneurisma latero-apical sellado por un trombo que abarcaba el 25% de su cavidad. La fracción de expulsión ventricular izquierda calculada por el método de Simpson fue de 25%. El estudio de perfusión miocárdica informó un infarto no transmural del septum y de la pared anterior sin isquemia residual. El paciente fue manejado en forma conservado-

ra y previamente al alta fue sometido a una prueba de esfuerzo en banda con protocolo de Balke, la cual fue suspendida a los 2 minutos de la etapa IV por fatiga y presencia de extrasístoles ventriculares monomórficas frecuentes.

Los ecocardiogramas de control realizados al año y a los 5 años (*Fig. 1*) mostraron la presencia de un aneurisma apical ocupado por un trombo organizado, ventrículo izquierdo dilatado y con acinesia de sus regiones anterior y apical con hipocinesia inferior y lateral. En la última revisión clínica el paciente se mantiene en clase funcional II/III NYHA.

## Discusión

El pseudoaneurisma del ventrículo izquierdo es una complicación mecánica del infarto agudo de miocardio y el ecocardiograma representa el principal método auxiliar para su diagnóstico.<sup>1,2</sup> Una de las primeras opciones de tratamiento es la corrección quirúrgica con una mortalidad transoperatoria que ronda entre el 13 y 29%. La tasa de mortalidad cuando se decide una conducta conservadora (no quirúrgica) se eleva hasta el 50% a los dos años de seguimiento.<sup>3-5</sup> Los pacientes que sobreviven sin tratamiento quirúrgico quedan con muy mala función ventricular lo que los predispone a presentar complicaciones, como los accidentes cerebrovasculares que hacen necesario el uso de anticoagulantes. Una complicación inherente y grave es la posibilidad de ruptura del pseudoaneurisma y de resangrado. En los casos, como el que se presenta, que superan las etapas iniciales y entran en una fase crónica, el riesgo de ruptura es bajo, por lo que se hace necesaria una adecuada estratificación de riesgo antes de decidir el tipo de tratamiento (quirúrgico o no) de los pacientes con pseudoaneurisma postinfarto.

## Referencias

1. CANDELL RIERA J, RIUS DAVI A, AGUADE BRUIX S, CASTELL CONESA J, GARCÍA DEL CASTILLO H, ORTEGA ALCALDJE D, SOLER SOLER J: *Diagnóstico de pseudoaneurisma ventricular. El papel complementario de la ecocardiografía, la ventriculografía isotópica y la ventriculografía de contraste*. Rev Esp Cardiol 1993; 46: 225-34.
2. MORENO R, ZAMORANO J, ALMERÍA C, ET AL: *Usefulness of contrast agents in the diagnosis of left ventricular pseudoaneurysm after acute myocardial infarction*. Eur J Echocardiogr 2002; 3: 111-16.
3. MORENO R, GORDILLO E, ZAMORANO J, ALMEIRA C, GARCÍA-RUVIRA JC, FERNÁNDEZ-ORTIZ A: *Long term outcome of patients with postinfarction left ventricular pseudoaneurism*. Heart 2003; 89: 1144-1146.
4. FIGUEROS J, CONTADELLOS J, EVANGELISTA A, SOLER-SOLOU J: *Medical Management of selected patients with left ventricular free wall rupture during acute myocardial infarction*. J Am Coll Cardiol 1997; 29: 512-518.
5. MIG-JUI HUNG, ET AL: *Echocardiographic characteristics of patients surviving nonsurgically treated left ventricular pseudoaneurysm after acute myocardial infarction*. Am J Cardiol 2003; 91: 328-31.