

Disección intramiocárdica con desgarro endocárdico postinfarto. A propósito de un caso

Intramycardial dissection with post infarct endocardial tear. Apropos of a case

Carlos Sánchez-Landa,* María Isabel Frausto-Luján,* Luis Fernando Espino-Sánchez**

Palabras clave:

Disección intramiocárdica, infarto agudo del miocardio, desgarro endocárdico.

Key words:

Intramycardial dissection, acute myocardial infarction, endocardial tear.

RESUMEN

La disección intramiocárdica es una complicación del infarto agudo del miocardio poco frecuente. Se presenta el caso de un paciente masculino de 52 años con infarto anteroseptal de dos semanas de evolución no trombolizado a quien se le realizó el diagnóstico mediante ecocardiografía transtorácica, encontrándose, además del hematoma intramiocárdico anteroapical, desgarro subendocárdico. La conducta fue conservadora con buena evolución clínica al mes del diagnóstico.

ABSTRACT

Intramycardial dissection is an uncommon complication of acute myocardial infarction. We present the case of a male patient aged 52, with two-weeks evolution of non-thrombolysed anteroseptal myocardial infarction, who underwent diagnosis by transthoracic echocardiography. Intramyocardial hematoma anteroapical subendocardial tear was also found. Conservative conduct was favorable with good clinical evolution up to one month after initial diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El hematoma disecante intramiocárdico es una complicación mecánica infrecuente de la fase subaguda del infarto agudo del miocardio (IAM), aunque también puede producirse como complicación de un trauma de tórax severo. La disección intramiocárdica es una cavidad sanguínea limitada exteriormente por el miocardio infartado; la localización inferior es la más frecuentemente reportada en la literatura.¹ Existe controversia entre la conducta conservadora y la quirúrgica en la literatura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 52 años, campesino, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución en tratamiento con hipoglucemiantes orales, tabaquismo positivo. Acudió al hospital de su localidad por presentar disnea súbita acompañada de diaforesis. Fue diagnosticado un infarto agudo del miocardio anteroseptal, complicado por falla ventricular izquierda en

Killip y Kimball 3, no habiéndose realizado trombólisis por tener poco más de 12 horas de la sintomatología. El tratamiento fue conservador, siendo egresado a los ocho días por mejoría. No le fue realizado ecocardiograma, ni coronariografía previo a su egreso. Acude al Servicio de Ecocardiografía para ecocardiograma transtorácico a las dos semanas del infarto, el cual mostró: un desgarro del endocardio en el septum interventricular anterior (*Figura 1*), iniciando en el tercio medio del mismo hasta la región apical, el cual limita una cavidad hacia la cual existe paso de flujo desde la cavidad ventricular (*Figura 2*), apreciándose desgarro endocárdico (*Figura 3*). No se encontró comunicación con el saco pericárdico, aunque sí coexistía un derrame pericárdico leve. No se documentó comunicación interventricular. Al análisis de la motilidad segmentaria se apreció hipocinesia anteroapical, no se apreciaron zonas francas de acinesia ni discinesia, aneurisma o pseudoaneurisma. La fracción de expulsión del VI. fue del 45%, se detectó insuficiencia mitral leve. El paciente no aceptó ecocardiograma

* Centro Hospitalario de San José.

** Universidad Autónoma de Zacatecas.

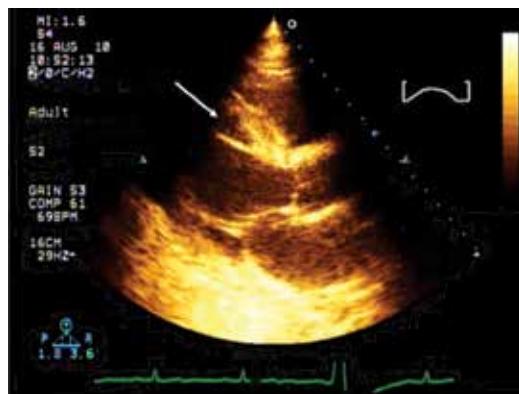


Figura 1. Eje largo paraesternal; la flecha muestra el sitio del hematoma intraseptal.



Figura 2. Eje largo paraesternal, unidimensional y modo M en donde se aprecia el desgarro del endocardio.

transesofágico. Un mes después del estudio se informa por parte del médico tratante que el paciente se encuentra estable y que no acepta ningún otro estudio.

DISCUSIÓN

La disección intramiocárdica, como complicación posterior a un infarto, ha sido reportada sobre todo en infartos de localización inferior con onda Q, o transmurales.²

Los hallazgos antes de los años 80 fueron referidos en los estudios de necropsia.

En 1981 fue diagnosticado el primer caso por ecocardiograma y el paciente fue sometido a cirugía; desde entonces el diagnóstico es sobre todo mediante ecocardiograma bidimensional.



Figura 3. Eje apical de cuatro cámaras; la flecha indica el sitio de la disección que involucra al ápex del ventrículo izquierdo.

En algunos casos reportados se ha tenido una actitud conservadora ante una buena tolerancia clínica y hemodinámica.

Pliam et al³ revisaron 15 casos de hematoma disecante; en ocho pacientes el diagnóstico fue *post mortem*; en todos ellos se había seguido manejo conservador falleciendo a las pocas semanas; los otros siete pacientes fueron diagnosticados en vida; cinco fueron intervenidos quirúrgicamente con buen resultado a corto y mediano plazo y los otros dos fueron sometidos a tratamiento médico, de los cuales uno falleció y el otro sobrevivió.

En 1998, Nilkanth et al⁴ publicaron un caso de hematoma disecante intramiocárdico tratado con cirugía con una supervivencia larga.

Nakata et al,⁵ Jiménez et al⁶ y Vargas Barrón^{7,8} describieron tres casos, los cuales se trajeron en forma conservadora con un buen resultado y supervivencia aceptable a mediano y largo plazo.

García Fernández et al⁹ reportaron un caso en un paciente con infarto posterolateral que fue tratado con angioplastia primaria, el cual falleció a causa de choque cardiogénico.

Se han reportado casos aislados en los que se ha seguido también manejo conservador aun ante la presencia de desgarro del endocardio, además del hematoma intramiocárdico, como en nuestro caso, si existe estabilidad clínica y hemodinámica, sobre todo ante la pobre experiencia de los grupos quirúrgicos (por ser una complicación del infarto poco frecuente), por supuesto con vigilancia clínica y ecocardiográfica que es lo más barato y ac-

cesible en nuestro medio y cuando es posible por TC/RM.¹⁰

No obstante se debe individualizar la actitud terapéutica de acuerdo con las condiciones de cada paciente y la experiencia quirúrgica de cada centro hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Edwards BS, Edwards WD, Edwards JE. Ventricular septal rupture complicating acute myocardial infarction: identification of simple and complex types in 53 autopsied hearts. Am J Cardiol. 1984; 54 (10): 1201-1205.
2. Di Bella I, Minzioni G, Maselli D, Pasquino S, Vigano M. Septal dissection and rupture evolved as an inferobasal pseudoaneurysm. Ann Thorac Surg. 2001; 71: 1358-1360.
3. Pliam M, Sternlieb JJ. Intramyocardial dissectin hematoma: an unusual form of subacute cardiac rupture. J Cardiac Surg. 1993; 8: 628-637.
4. Nilkanth V, Madhukar A, Lokhandwala Y. Intramyocardial dissecting hematoma. Circulation. 1998; 97: 2470-2472.
5. Nakata A, Hirota S, Tsuji H, Takazakura E. Interventricular septal dissection in a patient with an old myocardial infarction. Intern Med. 1996; 35: 33-35.
6. Jiménez J, Almería C, Zamorano J, Alfonso F, Ribera M, Sánchez-Harguindeguy L. Disección intramiocárdica postinfarto de la pared posterior del ventrículo izquierdo con el seno coronario. Rev Esp Cardiol. 2001; 54: 247-249.
7. Vargas-Barrón J. Ruptura ventricular por hematoma disecante intramiocárdico. Arch Cardiol Mex. 2007; 77 (S4): 152-156.
8. Vargas-Barrón J, Roldan F, Romero-Cárdenas A, Espinola-Zavaleta N, Keirns C, González-Pacheco H. Two and three dimensional transesophageal echocardiographic diagnosis of intramyocardial infarction. J Am Soc Echocardiogr. 2001; 14: 637-640.
9. García-Fernández FJ, Carmona JR, Lezaun R, Ruiz-Quevedo V, Beloqui R, Arcos EDI. Hematoma disecante intramiocárdico: una forma poco frecuente de rotura cardiaca. Anales Sis San Navarra. 2003; 26 (2): 277-281.
10. Osuna JGG, Barcos AM, Diarte EC, Lazcano JSR, González JJS, Peralta LIP. Tratamiento conservador de un hematoma disecante intramiocárdico postinfarto. Rev Esp Cardiol. 2003; 56: 735-737.

Dirección para correspondencia:

Dr. Carlos Sánchez Landa

Centro Hospitalario de San José
Av. López Velarde Núm. 304,
Col. Centro, Zacatecas, Zac.
Tel: (492) 9220226
E-mail: landasac@hotmail.com