

Tratamiento conservador de un hematoma disecante intramiocárdico postinfarto

José G. Galache Osuna, Adolfo Marquina Barcos, Eduardo Cay Diarte, Juan Sánchez-Rubio Lezcano, José J. Salazar González y Luis J. Placer Peralta

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

El hematoma disecante intramiocárdico es una complicación infrecuente de la fase subaguda del infarto agudo de miocardio. El hallazgo anatomopatológico es una cavidad sanguínea limitada exteriormente por miocardio y pericardio, y hacia la cavidad ventricular por el resto del miocardio y el endocardio. Existe cierta controversia respecto a la actitud a seguir y, aunque hay cierta preferencia por el tratamiento quirúrgico de reparación del defecto, se han descrito casos en los que el seguimiento médico podría ser una opción válida. Presentamos el caso de un hematoma disecante intramiocárdico secundario a un infarto agudo de miocardio anterolateral que se trató de forma conservadora, con una evolución satisfactoria a medio-largo plazo.

Palabras clave: *Disecación intramiocárdica. Infarto de miocardio.*

Conservative Management of a Post Infarction Intramyocardial Dissecting Hematoma

Intramyocardial dissecting hematoma is an infrequent complication of subacute myocardial infarction. Pathological findings consist of a cavity filled with blood, the outer wall of which is the myocardium and pericardium and the inner wall, which faces the ventricular cavity, is part of the myocardium and endocardium. There is scarce information on the subject and the management of these patients continues to be debated. However, there is a certain preference for surgical repair of the defect. Cases in which conservative treatment is a therapeutic option have been reported. We report the case of a patient with an intramyocardial dissecting hematoma after acute anterolateral myocardial infarction who was treated conservatively and achieved a satisfactory outcome in the intermediate-to-long term period.

Key words: *Intramyocardial dissection. Myocardial infarction.*

Full English text available at: www.revespcardiol.org

INTRODUCCIÓN

El hematoma disecante intramiocárdico puede producirse como complicación mecánica infrecuente de la fase subaguda del infarto agudo de miocardio (IAM), y también puede originarse como complicación secundaria a un fuerte traumatismo torácico¹. Existe una diferencia clara con el pseudoaneurisma, ya que éste consiste en una rotura total de la pared miocárdica² contenida por el pericardio, mientras que el hematoma disecante intramiocárdico es una cavidad sanguínea limitada exteriormente por parte del miocardio y pericardio. Hay opiniones encontradas sobre la actuación

más correcta a seguir: reparación quirúrgica o tratamiento conservador.

CASO CLÍNICO

Un varón de 58 años, con antecedentes de tabaquismo y hepatopatía crónica por virus de la hepatitis C (VHC), acudió al hospital de su localidad por dolor torácico prolongado de características anginosas. Fue diagnosticado de IAM de localización anterolateral de más de 12 h de evolución, motivo por el cual no se realizó fibrinólisis. Durante dicho ingreso se realizó un ecocardiograma transtorácico, en el que se apreciaba extensa acinesia anterolateral e insuficiencia mitral ligera, no encontrándose otras alteraciones destacables. Fue dado de alta 10 días después, sin complicaciones.

Un mes más tarde fue remitido a su centro de referencia por dolor torácico de características pleuropéricardíacas y febrícula compatibles con síndrome de Dressler. En el momento de su ingreso, la exploración

Correspondencia: J.G. Galache Osuna.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet.
Ibón de Astún, 26, casa 1, 3.º B. 50011 Zaragoza. España.
Correo electrónico: galaruiz@comz.org

Recibido el 7 de noviembre de 2002.
Aceptado para su publicación el 10 de febrero de 2003.



Fig. 1. Plano apical de 4 cámaras en el que se observa el desgarro endomiocárdico en el ápex del ventrículo izquierdo, con una neocavidad parcialmente trombosada.



Fig. 2. Plano apical de 4 cámaras con Doppler color que revela flujo en sístole que se dirige hacia el interior de la neocavidad.

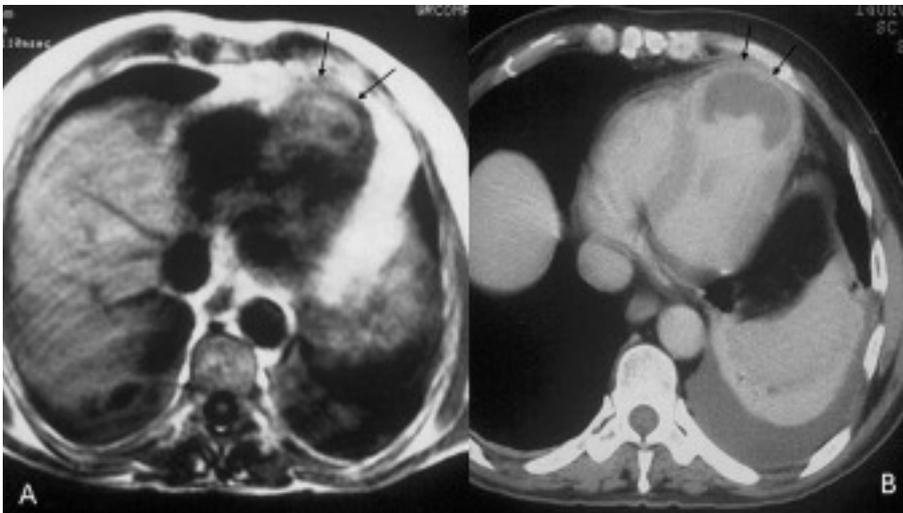


Fig. 3. A: Resonancia magnética. B: Tomografía computarizada. Al mes del diagnóstico se visualizaba en el ápex del ventrículo izquierdo un hematoma intramiocárdico organizado (flechas).

ción cardiopulmonar era normal, la temperatura de 37,8 °C, presión arterial de 110/75 mmHg, la frecuencia cardíaca de 85 lat/min y se observaba leucocitosis con desviación izquierda. La curva enzimática era normal y la radiografía de tórax revelaba un ligero derrame pleural izquierdo. En los electrocardiogramas seriados se apreciaban ondas Q y T negativas de V1 a V4, I y AVL.

El ecocardiograma transtorácico a las 24 h de este ingreso revelaba la existencia de acinesia anterolateral y apical. En el ápex, y hacia la pared lateral, se apreciaba una imagen de desgarro del endocardio y parte del miocardio parietal (fig. 1) que limitaba una cavidad hacia la que existía en sístole paso de flujo de baja velocidad desde el ventrículo izquierdo (fig. 2). La neocavidad se encontraba parcialmente trombosada, con zonas de ecodensidad líquida. No se evidenció comunicación con el saco pericárdico, persistiendo íntegra parte de la pared miocárdica apical. No existía derrame pericárdico.

Estas imágenes fueron interpretadas como disección intramiocárdica y hematoma intramiocárdico subyacente. Dada la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente, se decidió seguimiento con ecografías seriadas, posponiendo la posibilidad de intervención quirúrgica, que se plantearía únicamente en caso de deterioro clínico y/o progresión de la lesión descrita.

Las ecocardiografías seriadas revelaron una progresiva disminución de la movilidad del desgarro endomiocárdico y del flujo en el interior del hematoma. A los 15 días se visualizaba un gran hematoma apical intramiocárdico (de 2 × 2,5 cm), sin imagen de solución de continuidad ni flujos comunicantes hacia el ventrículo izquierdo.

Estos hallazgos se confirmaron mediante tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RMN) con y sin contraste, que revelaron un hematoma intraparenquimatoso en el ápex (fig. 3).

La angiografía coronaria demostró una oclusión de la arteria descendente anterior media con acinesia de los segmentos medios y apicales de la pared anterior. El resto del árbol coronario no presentó estenosis angiográficas significativas.

Fue dado de alta un mes más tarde, permaneciendo estable y clínicamente asintomático tras 26 meses de seguimiento. En los controles ecocardiográficos periódicos no se han producido cambios con respecto al último ecocardiograma realizado previo al alta.

DISCUSIÓN

Después del shock cardiogénico, la rotura cardíaca es la segunda causa más frecuente de muerte intrahospitalaria en el IAM. En todos estos casos se produce una rotura de la totalidad de la pared miocárdica.

La rotura parcial de la pared miocárdica en forma de disección intramiocárdica es un hallazgo infrecuente y generalmente está asociado a infartos de miocardio de localización inferior con onda Q o transmurales. Existen en la bibliografía pocos casos de hematoma disecante intramiocárdico en el contexto de un IAM de localización anterior.

Los casos descritos antes de la década de los ochenta fueron hallazgos necrópsicos. En 1981 se diagnosticó por primera vez en un paciente vivo, al que se sometió a tratamiento quirúrgico. Desde entonces, el diagnóstico de esta entidad se realiza, de forma casi invariable, con ecocardiograma en dos dimensiones.

En nuestro caso se decidió tomar una actitud conservadora por la buena tolerancia clínica y hemodinámica, la reducida experiencia en el manejo quirúrgico de estos enfermos en nuestro medio y la gran extensión de la zona disecada.

Por otra parte, creemos que la reabsorción espontánea del hematoma intramiocárdico puede ocurrir no sólo en pacientes con integridad del endocardio ventricular izquierdo, sino también en presencia de desgarramiento intramiocárdico con paso de flujo desde el ventrículo izquierdo hacia la neocavitación, como ocurría en nuestro caso.

Pliam et al³ revisaron 15 casos de hematoma disecante intramiocárdico. De éstos, 8 pacientes fueron diagnosticados *post mortem* y en todos se había seguido tratamiento conservador, falleciendo a las pocas semanas. Los 7 pacientes restantes fueron diagnosticados en vida: cinco fueron intervenidos quirúrgicamente con buen resultado a corto-medio plazo, y los otros dos fueron sometidos a tratamiento médico (uno de ellos sobrevivió y el otro falleció). Nilkanth et al⁴, en

1998, publicaron un caso de hematoma disecante intramiocárdico tratado con resección quirúrgica, con una supervivencia larga.

Con posterioridad, Nakata et al⁵, Jiménez et al⁶ y Vargas-Barron et al⁷ describieron 3 casos de disección intramiocárdica que se trataron de forma conservadora, con buen resultado y supervivencia aceptable a medio-largo plazo.

Hasta el momento se creía que el pronóstico de la disección intramiocárdica era fatal a corto-medio plazo en aquellos pacientes que no se sometían a tratamiento quirúrgico. Sin embargo, según la bibliografía más reciente, y por nuestra experiencia del caso presentado, creemos que ante la reducida experiencia de la mayoría de los servicios de cirugía cardíaca en el tratamiento de esta afección, aquellos pacientes con estabilidad clínica y hemodinámica pueden ser tratados de forma conservadora, con seguimiento ecocardiográfico o por TC/RM que confirme la trombosis total del hematoma disecante y la ausencia de otras complicaciones mecánicas.

No obstante, creemos que se debe individualizar la actitud terapéutica a seguir a las condiciones de cada paciente y a la experiencia quirúrgica de cada centro en el manejo de este tipo de afección.

BIBLIOGRAFÍA

- Maselli D, Micalizzi E, Pizio R, Audo A, De Gasperis. Posttraumatic left ventricular pseudoaneurysm due to intramyocardial dissecting hematoma. *Ann Thorac Surg* 1997;64:830-1.
- Raitt M, Kraft C, Gardner C, Pearlman AS, Otto CM. Subacute ventricular free wall rupture complicating myocardial infarction. *Am Heart J* 1993;126:946-55.
- Pliam M, Sternlieb JJ. Intramyocardial dissecting hematoma: An unusual form of subacute cardiac rupture. *J Cardiac Surg* 1993;8:628-37.
- Nilkanth V, Madhukar A, Lokhandwala Y. Intramyocardial dissecting hematoma. *Circulation* 1998;97:2470-2.
- Nakata A, Hirota S, Tsuji H, Takazakura E. Interventricular septal dissection in a patient with an old myocardial infarction. *Intern Med* 1996;35:33-5.
- Jiménez J, Almería C, Zamorano JL, Alfonso F, Ribera JM, Sánchez-Harguindey L. Disección intramiocárdica postinfarto de la pared posterior del ventrículo izquierdo con comunicación con el seno coronario. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:247-9.
- Vargas-Barron J, Roldán FJ, Romero-Cardenas A, Espinola-Zavaleta N, Keirns C, González-Pacheco H. Two- and three-dimensional transesophageal echocardiographic diagnosis of intramyocardial dissecting hematoma after myocardial infarction. *J Am Soc Echocard* 2001;14:637-40.