



6021-317. PERFIL CLÍNICO Y RESULTADOS DE LAS COMPLICACIONES MECÁNICAS TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: UNA REVISIÓN DE 12 CASOS

Joffrey Eduardo Luján Valencia, Francisco Javier Rivera Rabanal, Belén Prado Gotor, María José Cristo Ropero y Rafael J. Hidalgo Urbano del Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Las complicaciones mecánicas del Infarto de miocardio (CMIAM) son menos frecuentes por la perfusión precoz, sin embargo persiste su devastador pronóstico.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de CMIAM entre los años 2013 y 2016 en nuestro centro. Nuestro objetivo es describir las características clínicas de pacientes con complicaciones mecánicas post-IAM y analizar su curso clínico.

Resultados: Encontramos 12 pacientes con una media 77 ± 8 años, siendo 7 (58%) de sexo femenino. Las CMIAM fueron rotura de pared libre en 9 (75%), comunicación interventricular en 2 (16,7%) y rotura de musculo papilar en 1 paciente. Los síntomas más frecuentes fueron al diagnóstico dolor torácico 11 (91,6%), agitación psicomotriz 6 (50%), disnea 5 (41,7%), síncope 5 (41,7%), vómitos 4 (33%) y disociación electromecánica en 5 (41,7%) pacientes. A la exploración: Hipotensión 9 (75%), derrame pericárdico 9 (75%), taponamiento cardiaco 6 (50%), ICC refractaria 3 (25%), soplo nuevo 3 (25%) y frémido 2 (16,7%). Se realizó coronariografía solo en 9 (75%) casos, no siendo posible en 3 casos por extrema gravedad. Encontrándose enfermedad de 1 vaso en 4 (44%) pacientes, y multivazo en 5 (55%) de casos. El modo de perfusión precomplicación fue ICP en 8 (89%) y solo un caso con fibrinólisis. Se observó TIMI 3 en 3 pacientes (25%). En ecocardiografía 4 (33%) casos mostraron hipertrofia de ventrículo izquierdo, todos presentaron trastornos de la contracción; Correspondiendo al territorio de 1 vaso en 7 (58%) pacientes, además se encontró hipercinesia compensadora en 6 (50%) de pacientes y solo un caso presento derrame pericárdico ligero al ingreso. Respecto al tratamiento en las primeras 24 horas, 3 (25%) iniciaron bloqueadores beta, 4 (33%) inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA). El balón de contrapulsación se implanto en 4 (33%). El tratamiento quirúrgico se realizó en 3 pacientes, sin mortalidad intraoperatoria, uno falleció en el perioperatorio. El resto de pacientes no se intervinieron por elevado riesgo quirúrgico o muerte a los pocos minutos. Con una mortalidad global del 83,3% siendo la mayoría (70%) en las primeras 48 horas del diagnóstico de la CMIAM.

Conclusiones: Las CMIAM son emergencias y requieren un diagnóstico precoz con rápida intervención para disminuir la mortalidad. El conocimiento del perfil clínico de nuestros pacientes con CMIAM, son necesarios para así mejorar su devastador pronóstico.