

Imagen en cardiología

Hematoma disecante intramiocárdico tras infarto de miocardio

Intramyocardial Dissecting Hematoma Following Myocardial Infarction

Pedro Morrondo*, José Jesús Artaetxeberria e Itziar Eguibar

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

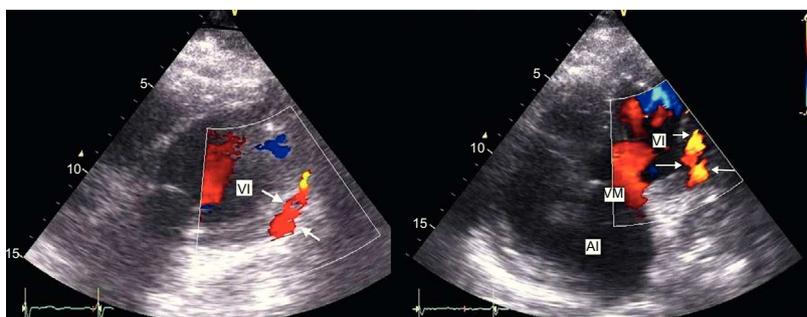


Figura 1.

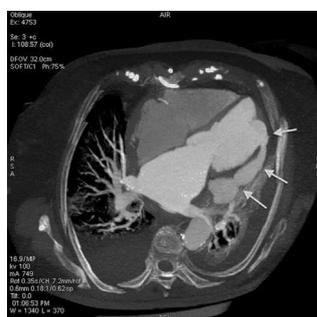


Figura 2.



Figura 3.

Mujer de 80 años, hipertensa, con doble *bypass* aortocoronario 20 años antes, ingresó con diagnóstico de infarto subagudo; 24 h tras el ingreso comenzó con clínica de insuficiencia cardiaca. En un ecocardiograma transtorácico en plano apical de cuatro cámaras con Doppler color, se objetivaba imagen de neocavidad en región laterobasal, enmarcada por las flechas, con flujo telediastólico en su interior, comunicación con la cavidad cardiaca y sin datos de derrame pericárdico (figura 1; AI: aurícula izquierda; VI: ventrículo izquierdo; VM: válvula mitral). Se realizó tomografía computarizada multidetectores torácica (sincronizada con electrocardiograma), contrastada en fase arterial; se apreciaba colección comunicada con cavidad ventricular, contraste extravasado en su interior y trayecto ascendente y lateral a la aurícula izquierda, compatible con rotura miocárdica en región laterobasal (figuras 2 y 3). Se decidió realizar intervencionismo percutáneo, para intentar el cierre del defecto de la pared ventricular con Amplatzer, cuya colocación resultó fallida, y se reconvirtió el procedimiento a cirugía abierta. En esta se observaron adherencias pericárdicas y cavidad intramiocárdica sin comunicación con el pericardio. Se practicó plicatura del borde y de la punta de ventrículo izquierdo. En el postoperatorio se dio una situación de fallo multiorgánico y el paciente falleció 72 h después. La disección intramiocárdica es un hallazgo infrecuente que suele aparecer en los infartos inferoposteriores. La ecocardiografía y la tomografía computarizada son las herramientas diagnósticas. Es difícil evaluar el pronóstico de esta entidad y su adecuado manejo, que se debe individualizar en función de la situación clínica y la experiencia de los equipos quirúrgicos y/o intervencionistas.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: pmorrondo@telefonica.net (P. Morrondo).

On-line el 27 de marzo de 2014

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en