

Caso clínico

Pseudoaneurisma ventricular izquierdo tras infarto de miocardio inferior evolucionado

Daniel Grados Saso, Pablo Revilla Martí, Paola Casanova Esteban, Isaac Lacambra Blasco, Javier Escota Villanueva

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Varón de 57 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 20 cigarrillos diarios desde los 18 años; diagnosticado de hiperuricemia, en tratamiento dietético; no tiene otros factores de riesgo cardiovascular. No sigue ningún tratamiento de forma habitual.

En su domicilio, sobre las 5 horas de la madrugada, mientras se encontraba en reposo, presenta dolor opresivo centrotorácico acompañado de cortejo vegetativo (sudoración, náuseas y vómitos). Al día siguiente, por la mañana, el dolor remite en intensidad y decide no consultar a su médico. Ante la persistencia del dolor torácico, el paciente acude finalmente a Urgencias de su centro de salud a las 23:30 horas.

A su llegada a Urgencias se realiza ECG, que muestra ritmo sinusal, con elevación del ST en la cara inferior e infradesnivelación del ST en V1 y V2.

Se decide activar el "Código Infarto". Se traslada al paciente en UVI móvil al hospital con servicio de hemodinámica de guardia.

Se realiza coronariografía, que muestra oclusión completa de la arteria coronaria derecha, en su porción media a la altura de dos ramas marginales finas. Se practica intervencionismo coronario percutáneo sobre la citada arteria. Se canaliza el vaso, que muestra una lesión larga (>40 mm) con placa rota y trombo intraluminal, que se aspira. Se implantan dos *stents* convencionales en *overlap*. Resto de arterias coronarias: tronco izquierdo sin lesiones; descendente anterior y arteria circunfleja sin lesiones.

Se pauta doble antiagregación con ácido acetilsalicílico y ticagrelor.

En la analítica presenta elevación de marcadores de lesión cardiaca: troponina 38,76, CK 1898, CK-MB 90.

Horas más tarde en el ECG se observa Q en la cara inferior y persistencia de la infradesnivelación del ST en V1.

Se realiza ecocardiograma, que muestra el ventrículo izquierdo con función sistólica ligeramente deprimida (48 %), con asimetrías segmentarias de la contractilidad: acinesia ínfero-lateral basal y media; imagen de disrupción miocárdica en la región póstero-basal media (compatible con pseudoaneurisma ventricular). La vena cava inferior está dilatada (24 mm) y con adecuado colapso en inspiración (figura 1).

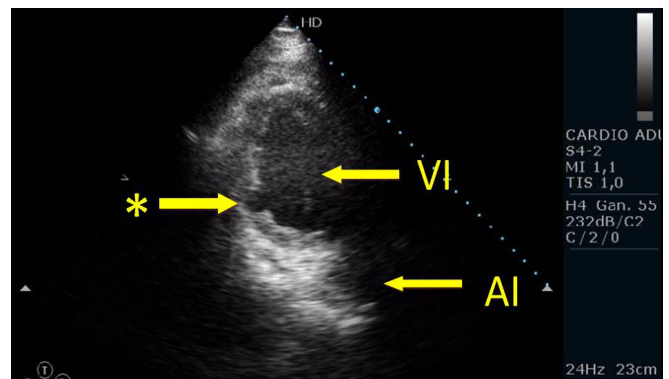


Figura 1. Ecocardiograma transtorácico: plano apical de dos cámaras modificado para visualizar una imagen redondeada con cuello estrecho, compatible con un pseudoaneurisma ventricular (*); se aprecia discontinuidad del borde endocárdico en ese punto; VI: ventrículo izquierdo; AI: aurícula izquierda.

Durante la evolución aparece insuficiencia cardiaca progresiva y presenta infección respiratoria intercurrente durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se desencadena fallo multiorgánico y fallece finalmente antes de que se pueda realizar cirugía cardiaca de reparación del pseudoaneurisma.

COMENTARIO

El pseudoaneurisma ventricular izquierdo representa una rara y temible complicación del infarto agudo de miocardio¹. Los síntomas en ocasiones son inespecíficos y a menudo el diagnóstico es tardío².

Se produce cuando, tras una rotura incompleta del miocardio, material trombótico y el pericardio sellan la rotura y evitan una rotura completa con la consiguiente salida masiva de sangre al pericardio y la muerte inmediata del paciente.

El pseudoaneurisma se diferencia del aneurisma verdadero en que este último siempre contiene algún elemento miocárdico en su pared, mientras que en el caso del primero la pared está constituida por un hematoma organizado y pericardio sin presentar ningún elemento de la pared miocárdica original³.

El diagnóstico se realiza mediante técnicas de ima-

gen, de manera principal la ecocardiografía. Sus características típicas son la discontinuidad brusca del borde endocárdico, la presencia de un cuello relativamente estrecho en comparación con el tamaño del pseudoaneurisma y la típica expansión de la cavidad durante la sístole⁴.

El tratamiento es quirúrgico (resección y reconstrucción primaria con parche), pues presenta alto riesgo de ruptura sin intervención⁵. Debe realizarse de manera urgente en los pacientes con compromiso hemodinámico grave y de manera programada en el resto.

Es importante sospecharlo en casos de síndromes coronarios agudos que se presentan tardíamente como infarto evolucionado. Aun hoy, en la era del intervencionismo coronario primario, con la existencia de redes de atención emergente al infarto de miocardio, sigue habiendo pacientes que no consultan de manera precoz y acuden a Urgencias hospitalarias o de atención primaria de manera tardía. Estos enfermos pueden desarrollar esta rara pero grave complicación del infarto agudo de miocardio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raposo L, Andrade MJ, Ferreira J, Aguiar C, Couto R, Abecasis M, et al. Subacute left ventricle free wall rupture after acute myocardial infarction: awareness of the clinical signs and early use of echocardiography may be life-saving. *Cardiovascular Ultrasound*. 2006;4:46
2. Meng X, Yang Y-K, Yang K-Q, Zhang Y, Lu PP, Fan P, et al. Clinical characteristics and outcomes of left ventricular pseudoaneurysm: A retrospective study in a single-center of China. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:e6793.
3. Braunwald E. *Tratado de Cardiología*. 9ª edición. Barcelona: Elsevier 2013.
4. Rodríguez Padial L. *Ecocardiografía*. Madrid: Edicomplet 2006.
5. Atik FA, Navia JL, Vega PR, et al. Surgical treatment of post-infarction left ventricular pseudoaneurysm. *Ann Thorac Surg*. 2007;83:526.