

<b>Caso</b>	(060) Rotura cardíaca contenida en paciente con infarto agudo de miocardio.
<b>Autores</b>	Alicia Cuenca Zarzuela, Elena López Miralles, Mirtha María Ricardo Ruiz, Jimena Pedrosa Arroyo, Carlos Martín, Gonzalo Vega Muñoz
<b>Centro</b>	Hospital Universitario De Burgos

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 61 años HTA, dislipémico y con DM2 que acude a urgencias traído por el soporte vital avanzado tras episodio sincopal y de dolor torácico. A su llegada, el paciente recuperó el nivel de conciencia, se encontraba pálido, con mala perfusión periférica y ausencia de pulso femoral, refiriendo dolor centrotorácico irradiado a espalda. Ante la sospecha de síndrome aórtico agudo, se decide solicitar angioTC de aorta donde se visualiza rotura miocárdica en región laterobasal del VI, derrame pericárdico severo, desplazamiento del septo IV y signos de taponamiento cardíaco.

Se decide ingreso en UCI donde se realiza pericardiocentesis ecodirigida, con salida de sangre en abundante cantidad.

Se realiza cateterismo que muestra enfermedad severa de tres vasos: la CX es dominante y la oclusión del segmento proximal es la lesión culpable del cuadro actual. Se implanta stent en ramo marginal obteniendo un lecho distal de muy fino calibre.

Se decide no ser subsidiario de cirugía cardíaca dado muy mal árbol arterial, rotura cardíaca secundaria y shock cardiogénico/obstructivo con mala evolución, resultando el paciente refractario a todas las medidas terapéuticas establecidas, finalmente el paciente fallece.

## DISCUSIÓN

La rotura ventricular de la pared libre del ventrículo izquierdo es una complicación temida del infarto agudo de miocardio por su elevada mortalidad. La incidencia es especialmente frecuente en las primeras 24 h.

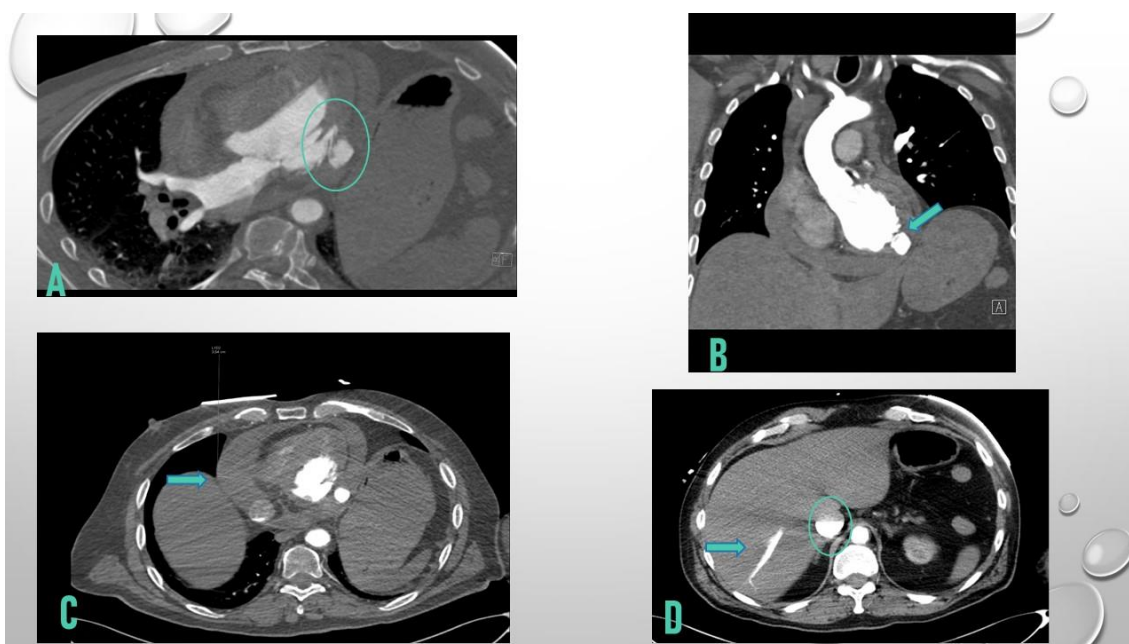
Los factores de riesgo más importantes son un infarto agudo de miocardio previo y la obstrucción completa de la arteria causante.

Su aparición suele ser aguda, usualmente como taponamiento cardíaco con colapso cardíaco y disociación electromecánica, siendo mortal en minutos. En un 25% de los casos, sin embargo, esta presentación es subaguda, teniendo rotura de pared contenida, generando pseudoaneurisma de la pared libre ventricular y taponamiento por hemopericardio.

Es importante hacer un correcto diagnóstico diferencial con la rotura de aneurisma aórtico toraco-abdominal, dado su alto riesgo de mortalidad asociado y su similitud clínica en ocasiones.

## CONCLUSIÓN

En pacientes con factores de riesgo y clínica de dolor torácico agudo es importante tener en cuenta la posibilidad de IAM, así como sus complicaciones poco frecuentes pero más graves como la rotura contenida en la porción del corazón afectada por el infarto, para su diagnóstico y tratamiento precoces.



*AngioTC de aorta, cortes axiales (A) y coronales (B) se observa extravasación de contraste con colección en región laterobasal del ventrículo izquierdo hallazgos compatibles con rotura miocárdica contenida en la región laterobasal del ventrículo izquierdo (círculo y flecha). C: Importante derrame pericárdico con una cámara máxima de 3,3 cm a nivel basal derecho (flecha). D: con dilatación de la vena cava inferior (círculo), desplazamiento del septo IV y reflujos de contraste a las venas supra hepáticas (flecha), sugestivos de taponamiento cardíaco.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. María Facenda-Lorenzo, Francisco J. Poncela-Mireles, Luis Álvarez-Acosta. Rotura cardíaca contenida como hallazgo ecocardiográfico casual tras infarto inferolateral evolucionado. SECCE. Volume 21, Issue, January-March 2014, Pages 57-59. <https://doi.org/10.1016/j.circv.2013.09.012>
2. Shiyovich, A., & Neshor, L. (2012). Contained left ventricular free wall rupture following myocardial infarction. Case reports in critical care, 2012.
3. Tomás Ripoll Vera, Carlos Fernández Palomeque, José F. Forteza, Oriol Bonnina, Juan Casanova y Armando Bethencourt. Supervivencia a rotura cardíaca recurrente de pared libre ventricular izquierda, con presentación atípica tras ergometría postinfarto. Revista española de cardiología. Vol 55. Num 1. Enero 2002. Páginas 74-76.