

11205

117

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "DR. IGNACIO CHAVEZ"
" PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO POSTINFARTO
AGUDO DEL MIOCARDIO. EVOLUCION ECOCARDIOGRAFICA A
LARGO PLAZO."**

**TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
CARDIOLOGIA**

PRESENTA:
DRA SILVIA GISELA SIU MOGUEL
ASESOR DE TESIS: _____
DR. JESUS VARGAS BARRON.

Autorizo a la Directora de la UNAM a difundir en formato electrónico el contenido de mi trabajo profesional.
NOMBRE: Silvia Gisela Siu Moguel
FECHA: 08-10-02
FIRMA: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO D.F. OCTUBRE 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR FAUSE ATTIE CURI.
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
"IGNACIO CHAVEZ.



DR JOSE FERNANDO GUADALAJARA BOO.
DIRECTOR DE ENSEÑANZA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
CARDIOLOGIA "IGNACIO CHAVEZ.



DR JESUS VARGAS BARRON.
JEFE DEL SERVICIO DE ECOCARDIOGRAFIA DEL INSTITUTO
NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHAVEZ".
ASESOR DE TESIS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO POSTINFARTO
AGUDO DEL MIOCARDIO. EVOLUCION ECOCARDIOGRAFICA A
LARGO PLAZO.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO POSTINFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO. EVOLUCIÓN ECOCARDIOGRÁFICA A LARGO PLAZO

El Infarto del miocardio es complicado por ruptura de la pared libre del miocardio en cerca del 6% de los casos; diversas formas clínicas han sido identificadas, la ruptura con hemorragia masiva hacia el pericardio es la más común (1), cuando la ruptura no es seguida de muerte súbita se refiere a ésta como ruptura subaguda. La experiencia en general es que se observa sobrevida en aquellos pacientes que son llevados a cirugía inmediata excepto en casos raros en que es sellado por el pericardio

Este reporte describe el curso inusual de la ruptura de pared libre del ventrículo izquierdo que complicó un infarto del miocardio, la formación subsecuente de pseudoaneurisma ventricular sin tratamiento quirúrgico de emergencia al menos durante 43 meses después de su detección, su seguimiento ecocardiográfico bidi y tridimensional, sin manifestaciones de falla ventricular y en tratamiento médico. La fisiopatología, tratamiento y criterios diagnósticos son revisados.

REPORTE DEL CASO:

Un hombre de 48 años de edad fue admitido a nuestra institución por historia de angina de esfuerzo de 1 año de inicio, deterioro de su clase funcional de 1 mes de evolución y culminó 4 días previos a su ingreso con ortopnea, disnea paroxística nocturna y tos con expectoración blanquecina. Ingresó a urgencias con cuadro de edema agudo pulmonar que ameritó ventilación mecánica y tratamiento con aminas simpaticomiméticas. El electrocardiograma demostró un infarto del miocardio anterior extenso de fecha no precisada así como reinfarto anteroapical, la Rx de tórax mostró un infarto pulmonar derecho e hipertensión venocapilar pulmonar, dado la gravedad del paciente no se realizó angiografía coronaria. Se realizó ecocardiograma transtorácico que demostró hipertrofia concéntrica del VI, función ventricular disminuida, dilatación de cavidades izquierdas, hipocinesia generalizada derrame pericárdico ligero posterior, aneurisma apical grande vs pseudoaneurisma. La evolución fue lenta durante la cual cursó con trastornos del ritmo,

PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO POSTINFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO. EVOLUCIÓN ECOCARDIOGRÁFICA A LARGO PLAZO

El Infarto del miocardio es complicado por ruptura de la pared libre del miocardio en cerca del 6% de los casos; diversas formas clínicas han sido identificadas, la ruptura con hemorragia masiva hacia el pericardio es la más común (1), cuando la ruptura no es seguida de muerte súbita se refiere a ésta como ruptura subaguda. La experiencia en general es que se observa sobrevida en aquellos pacientes que son llevados a cirugía inmediata excepto en casos raros en que es sellado por el pericardio

Este reporte describe el curso inusual de la ruptura de pared libre del ventrículo izquierdo que complicó un infarto del miocardio, la formación subsecuente de pseudoaneurisma ventricular sin tratamiento quirúrgico de emergencia al menos durante 43 meses después de su detección, su seguimiento ecocardiográfico bidi y tridimensional, sin manifestaciones de falla ventricular y en tratamiento médico. La fisiopatología, tratamiento y criterios diagnósticos son revisados.

REPORTE DEL CASO:

Un hombre de 48 años de edad fue admitido a nuestra institución por historia de angina de esfuerzo de 1 año de inicio, deterioro de su clase funcional de 1 mes de evolución y culminó 4 días previos a su ingreso con ortopnea, disnea paroxística nocturna y tos con expectoración blanquecina. Ingresó a urgencias con cuadro de edema agudo pulmonar que ameritó ventilación mecánica y tratamiento con aminas simpaticomiméticas. El electrocardiograma demostró un infarto del miocardio anterior extenso de fecha no precisada así como reinfarto anteroapical, la Rx de tórax mostró un infarto pulmonar derecho e hipertensión venocapilar pulmonar, dado la gravedad del paciente no se realizó angiografía coronaria. Se realizó ecocardiograma transtorácico que demostró hipertrofia concéntrica del VI, función ventricular disminuida, dilatación de cavidades izquierdas, hipocinesia generalizada derrame pericárdico ligero posterior, aneurisma apical grande vs pseudoaneurisma. La evolución fue lenta durante la cual cursó con trastornos del ritmo,

agranulocitosis por dipirona, neumonía por S pneumoniae hasta la sepsis. Fue posible extubarlo 15 días después de su ingreso y fue egresado del hospital 4 semanas después de su ingreso. Continuó control por la consulta externa y su seguimiento ecocardiográfico es como sigue:

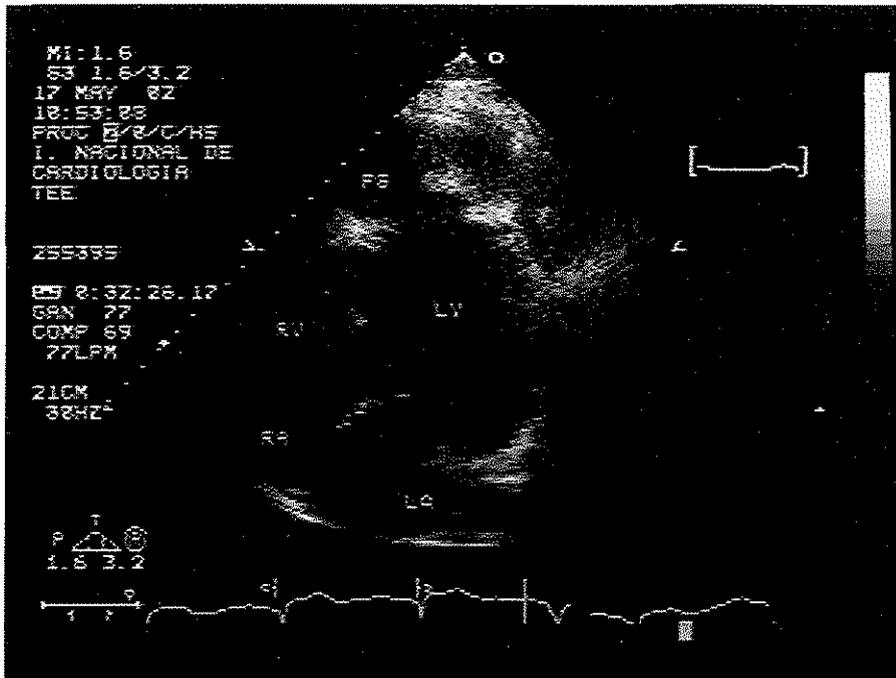


FIGURA 1a. -Imagen apical de 4 cámaras en la que se observa dilatación del ventrículo izquierdo (LV), en el ápex una neocavitación con trombos en su interior que corresponde al pseudoaneurisma ventricular (PS). Ventrículo derecho (RV).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

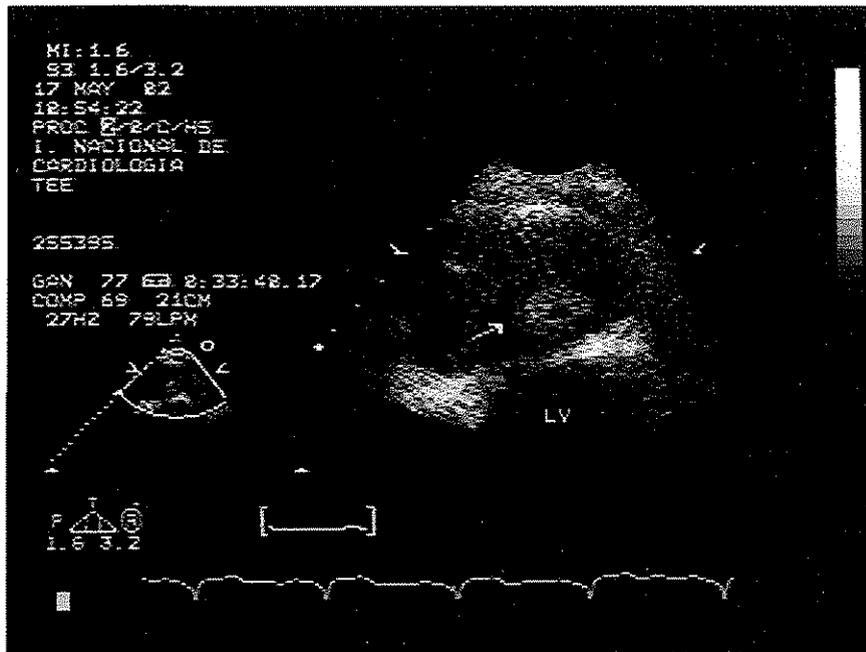


FIGURA 1b. - Corresponde a una ampliación del pseudoaneurisma, la flecha señala uno de los trombos.

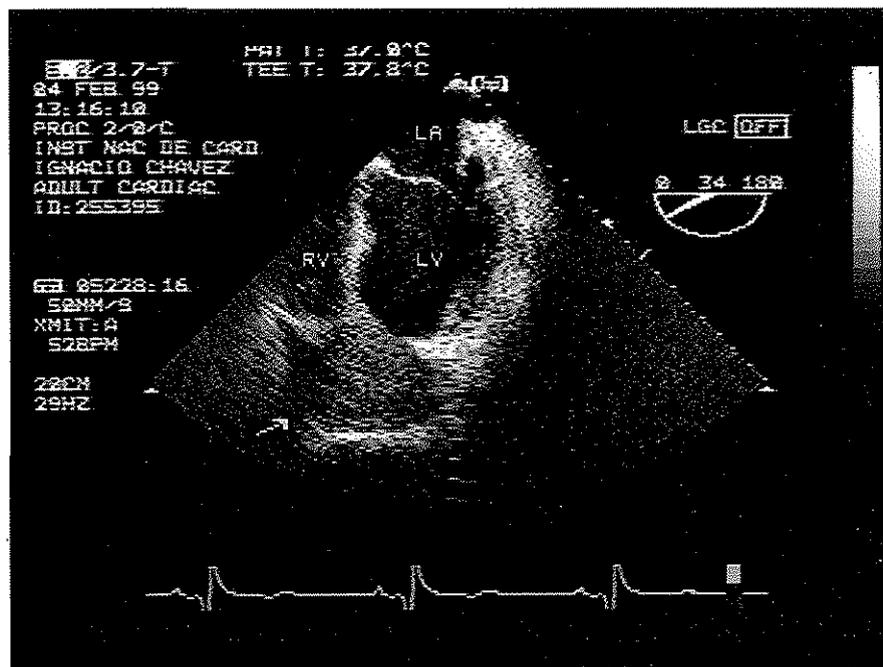


FIGURA 2. - Imagen del ecocardiograma transesofágico de 4 cámaras, la flecha muestra el pseudoaneurisma ventricular izquierdo.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

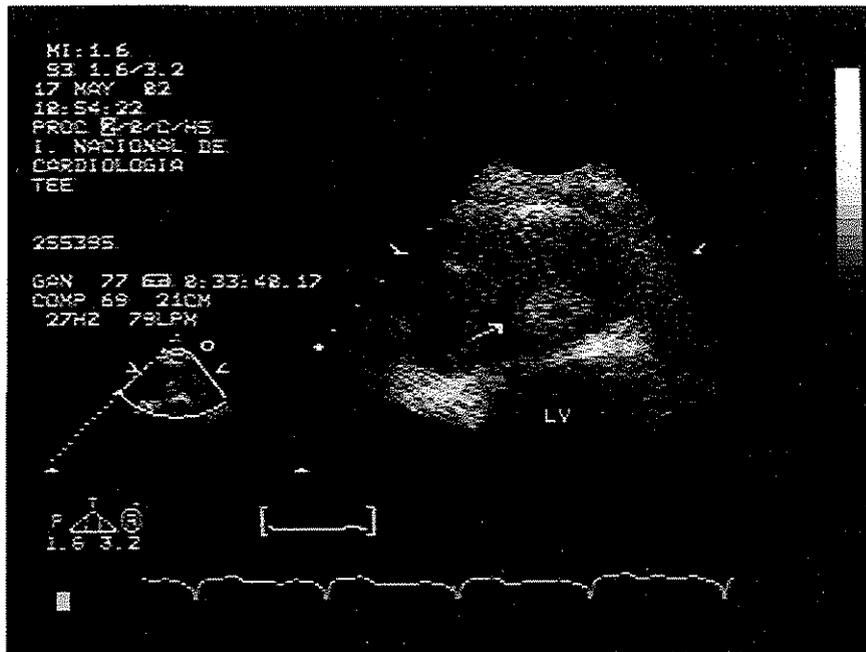


FIGURA 1b. - Corresponde a una ampliación del pseudoaneurisma, la flecha señala uno de los trombos.

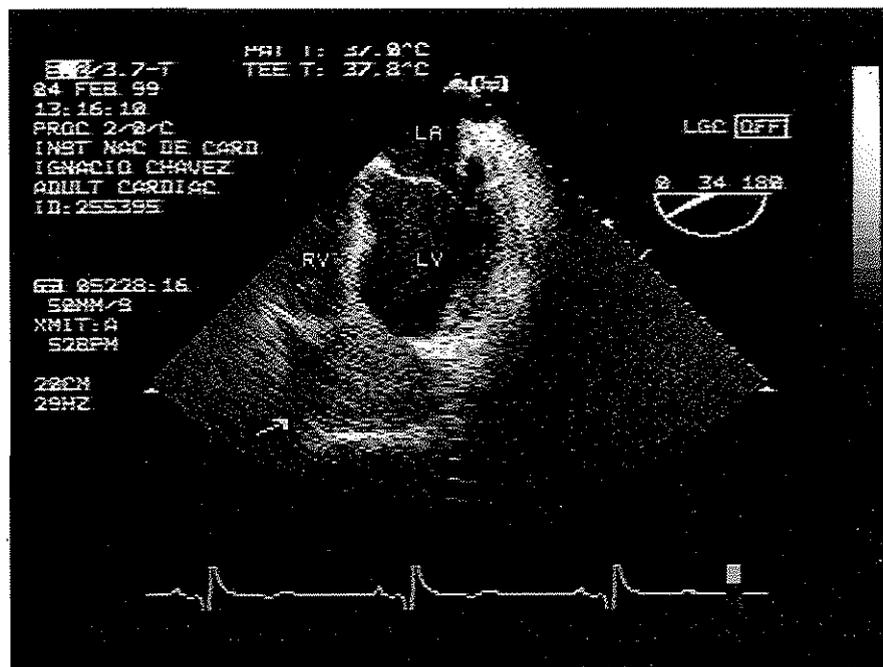


FIGURA 2. - Imagen del ecocardiograma transesofágico de 4 cámaras, la flecha muestra el pseudoaneurisma ventricular izquierdo.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN:

La incidencia estimada de ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo postinfarto del miocardio es de 25 000 casos por año en los Estados Unidos. Una revisión reciente demostró que 90 casos por año egresan del hospital tratados quirúrgicamente, el intervalo mayor entre la ruptura y la operación fue de 54 días en casos descritos por Raitt et al (1). El pseudoaneurisma ventricular izquierdo más comúnmente ocurre como complicación de infarto del miocardio y generalmente requiere intervención quirúrgica. El pseudoaneurisma subanular se ha descrito en poblaciones africanas presumiblemente congénito. Otras causas raras incluyen Endocarditis, trauma torácica, cirugía cardiaca y ablación quirúrgica de vía accesoria(5).

La ruptura de la pared libre del VI es causa de muerte postinfarto o choque cardiogénico particularmente en pacientes con un primer infarto transmural(4). Usualmente causa taponamiento cardiaco por sangrado masivo en el espacio pericárdico, lo cual es rápidamente fatal. Sin embargo en algunos casos el desgarro es pequeño, en ocasiones serpiginoso y puede ser sellado por un trombo, por adhesión del espacio pericárdico o por incremento de la presión intrapericárdica, resultando con una progresión lenta en la formación del taponamiento. Estos pacientes pueden sobrevivir, horas, días, meses e inusualmente años. En una serie de rupturas de pared libre del ventrículo izquierdo, el 30% de los pacientes no tuvo muerte instantánea. Se ha sugerido reparación quirúrgica, ya que la mortalidad oscila en el 50%; hay pocos reportes anecdóticos que demostraron sobrevivencia sin intervención quirúrgica.

Pucaro et al (2) describieron una serie de 28 pacientes con ruptura subaguda, cuatro pacientes (14%) murieron en espera de cirugía; la mortalidad quirúrgica osciló en 33%. Se concluyó que el diagnóstico de ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo es una indicación de reparación quirúrgica de emergencia independiente del estado clínico del paciente. La mortalidad quirúrgica fue evaluada en otras series. López Sendon y colaboradores (3) reportaron una mortalidad de 24% en una serie de 39 pacientes la mortalidad fue muy alta en pacientes tratados quirúrgicamente (87%) en el reporte por Figueras y colaboradores. Sin embargo los pacientes que se llevaron a cirugía fueron

aquellos que no respondieron a maniobras de resucitación, 19 pacientes (23%) que sobrevivieron al deterioro hemodinámico agudo fueron tratados médicamente con pericardiocentesis (79% de ellos); soporte inotrópico mayor de 24 hrs, Betabloqueadores para obtener una presión sistólica entre 100 y 120mmHg y reposo prolongado, el 79% de los 15 pacientes tratados médicamente sobrevivieron.

Los pseudoaneurismas son más propensos a ruptura (30 a 45% de los casos) por lo que el consenso en general indica llevarlos a corrección quirúrgica lo más pronto posible, existe una minoría de pacientes en que el curso de su evolución es inusual y por alguna causa el trayecto del pseudoaneurisma es sellado, esto no indica que deban dejarse a libre evolución, solamente son casos anecdóticos.

El paciente descrito en este trabajo cursa con pseudoaneurisma ventricular izquierdo se le ha dado seguimiento del caso a 43 meses de su detección, de acuerdo a nuestro conocimiento después de revisar la literatura este caso ocupa el segundo lugar en sobrevida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Ales B, Marko N, Bojan P. Subacute Rupture of the left ventricular free wall after acute myocardial infarction: three cases of long-term survival without emergency surgical repair. *CHEST* 1996;109(2).
- 2.-Pucaro A. Diagnostic criteria and manegement of subacute ventricular free wall rupture complicating acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1997;80(4):397-405.
- 3.-López-Sendon J. Diagnosis of subacute ventricular wall rupture after acute myocardial infarction: sensitivity and specifffficity of clinical, hemodynamic and echocardiographic criteria. *J Am Coll Cardiol* 1992;19(6): 1145-53.
- 4.-Reddy SG. Frequency of rupture of the left ventricular free wall or ventricular septum among necropsy cases of fatal acute myocardial infarction since introduction of coronary care units. *Am J Cardiol* 1989; 63(13): 906-11.
- 5.- Gill KS. Left ventricular pseudoaneurysm as a complication of electrophysiologic study. *J Am Soc Echocardiogr* 2001;14(3): 228-30

