



CASO DEL MES SEICAT

Autores: Verónica Familiar Carrasco¹

Belén Marí López²

Marta Tomás Mallebrera¹

Unidad de Imagen Cardíaca, *Fundación Jiménez Díaz (Madrid)*¹

Servicio de Cardiología, *Hospital Universitario de Canarias (Tenerife)*²



PRESENTACIÓN

- Varón de 67 años
- Traído al Servicio de Urgencias por el SUMMA tras parada cardiorrespiratoria.
- ECG: Taquicardia sinusal; ondas Q en II, III y aVF; elevación del ST en cara inferior y lateral; infradesnivelación en V1 y V2.
- Ecocardiografía: derrame pericárdico (pericardiocentesis evacuadora con líquido hemático).
- Analítica: elevación de enzimas de daño miocárdico.



Figura 1. TC con contraste iv, plano axial



Figura 2. TC con contraste, reconstrucción MIP sagital



Figura 3. Reconstrucción volumétrica aorta total

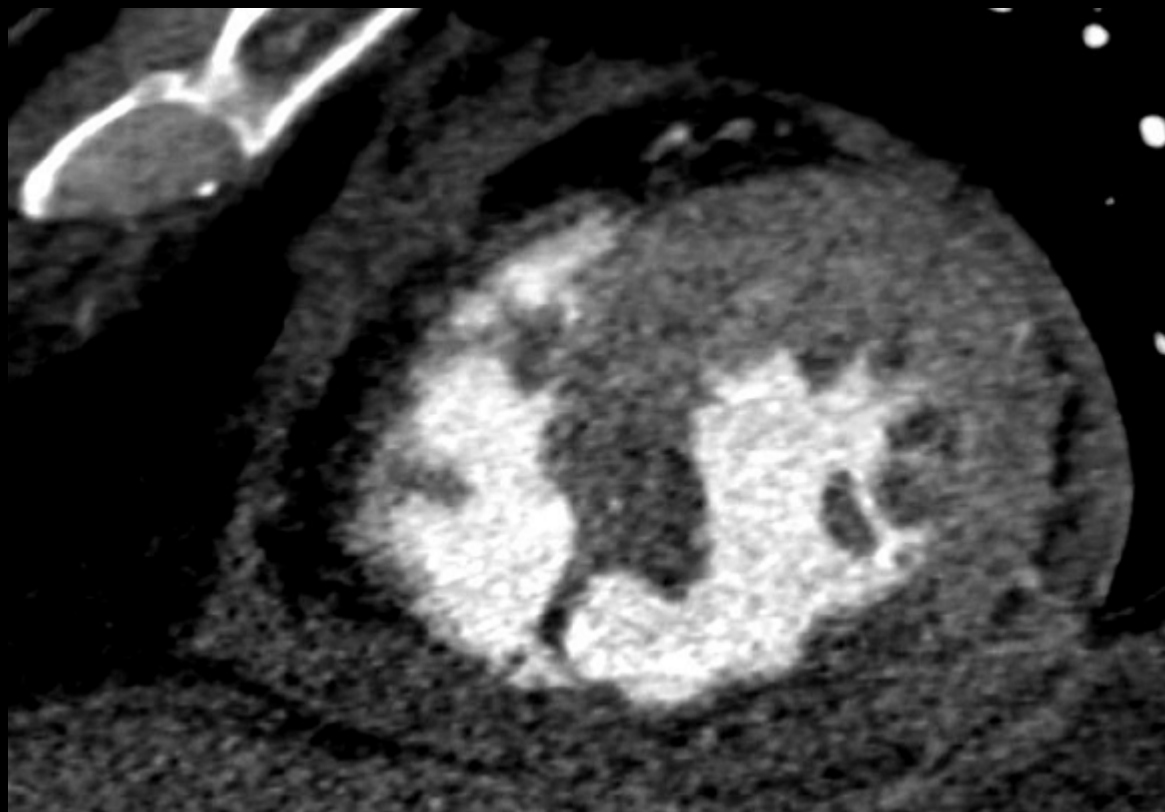


Figura 4. TC con contraste iv, eje corto del corazón

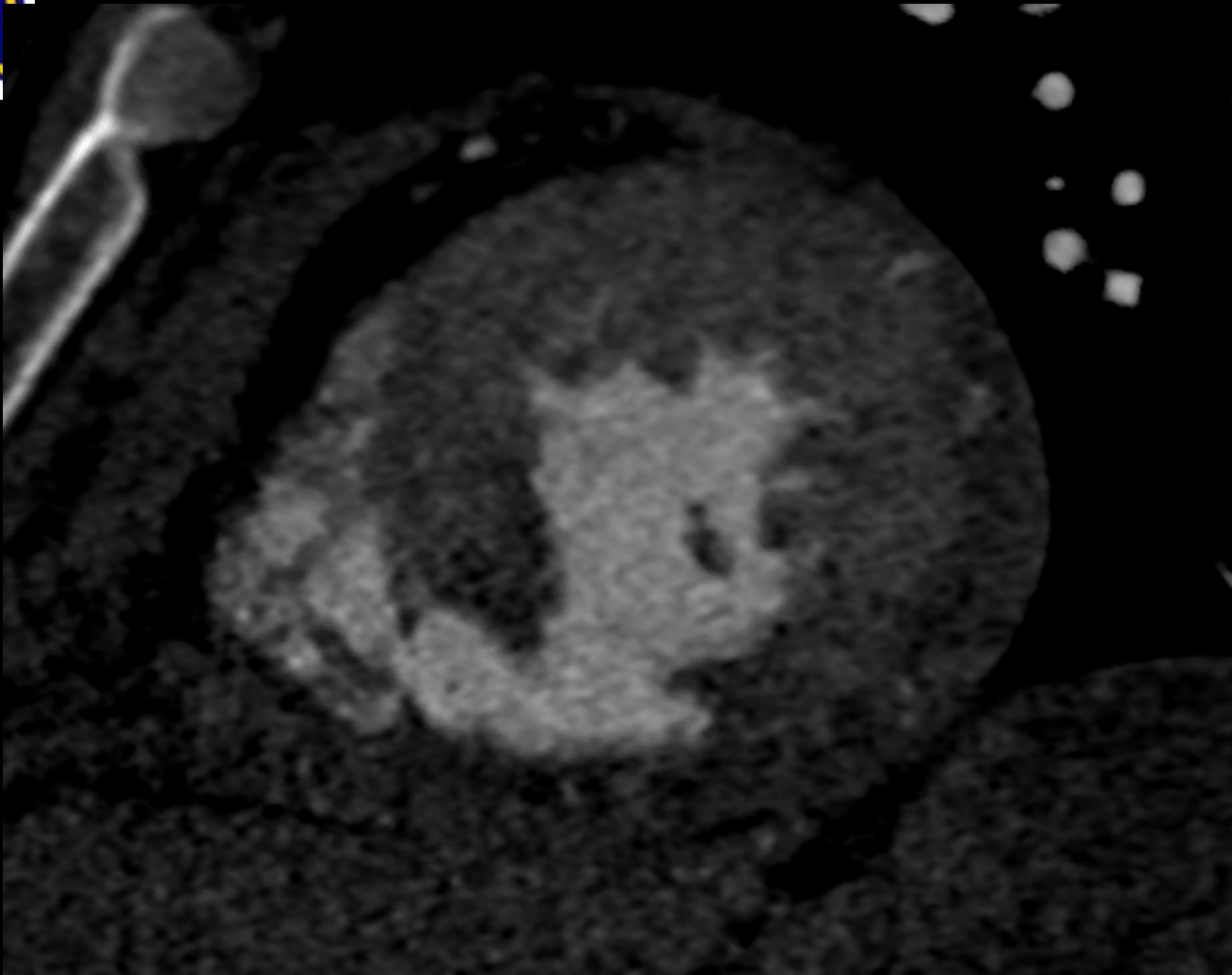


Figura 5. TC con contraste iv, eje corto del corazón

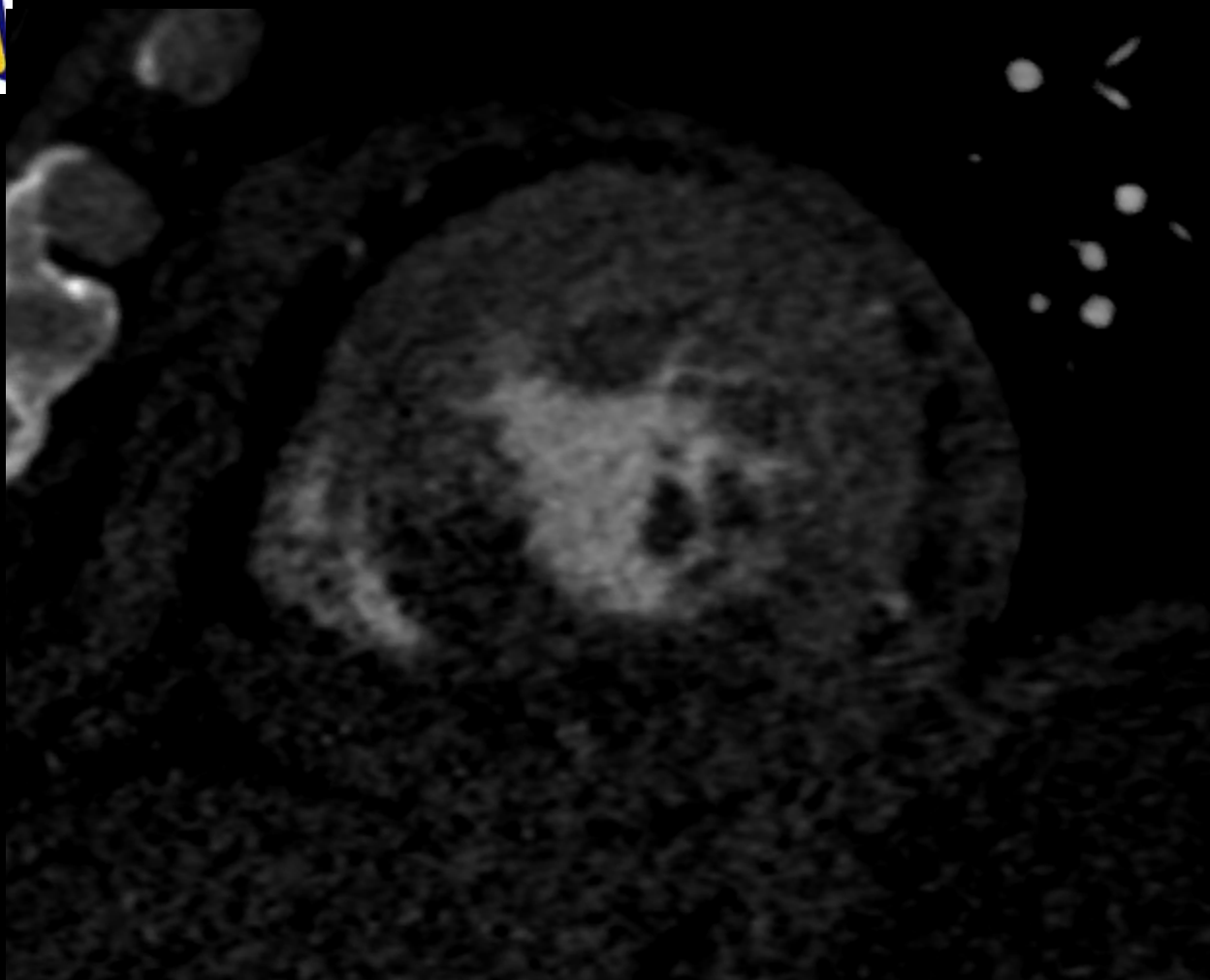


Figura 6. TC con contraste iv, eje corto del corazón

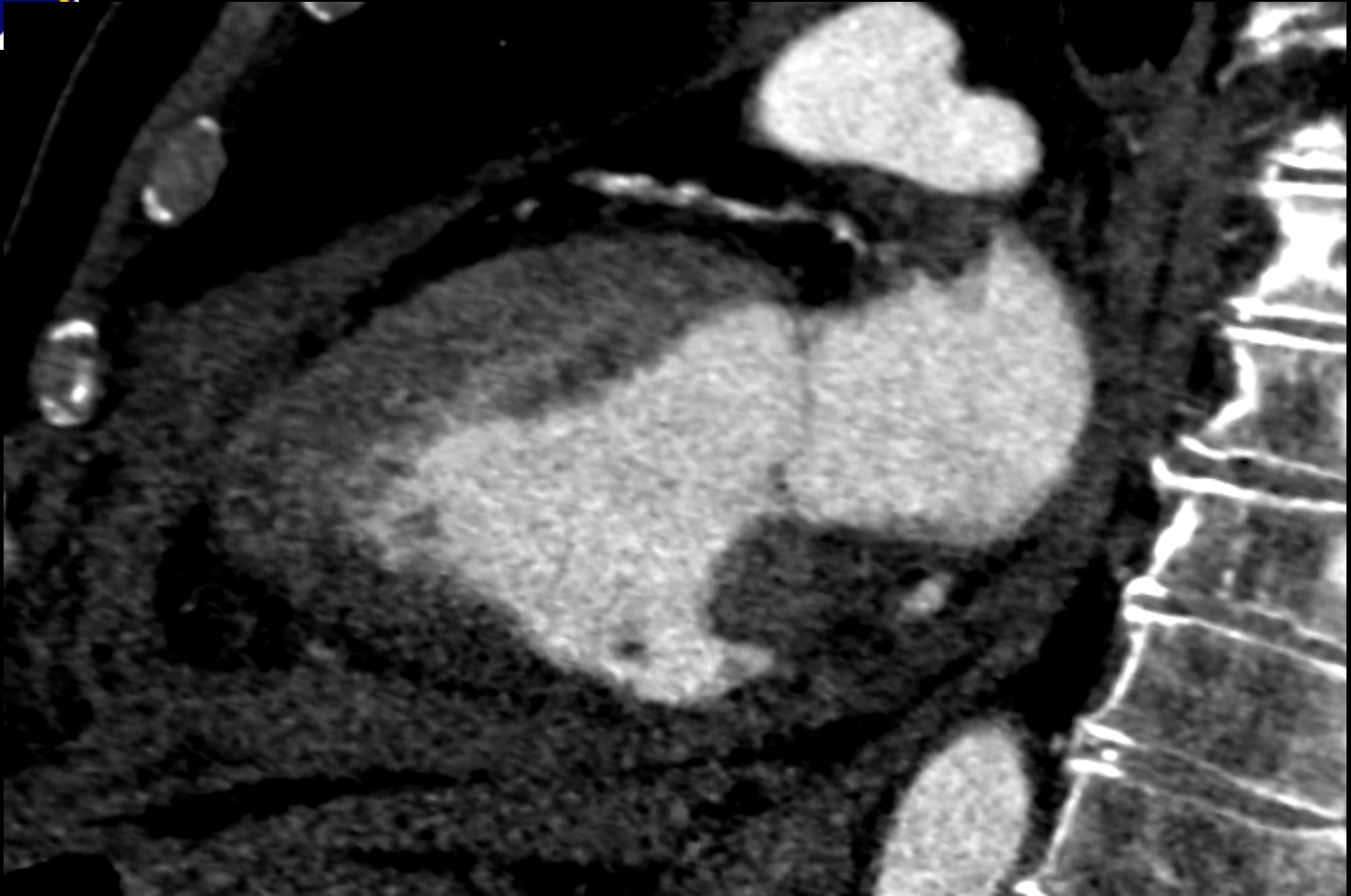


Figura 7. TC con contraste iv, plano 2 cámaras cardíaco



DIAGNÓSTICO FINAL

Si es Vd. socio de la SEICAT puede enviar su diagnóstico desde el apartado **Enviar Diagnóstico** que aparece en la Web

- El tratamiento de los diagnósticos emitidos será **confidencial**.
- Los diagnósticos serán revisados por el Vocal de Formación de la SEICAT, quien no conocerá la identidad de los remitentes.
- Únicamente se publicarán en la Web los nombres de los acertantes del diagnóstico.



LECTURA RADIOLÓGICA 1

- TC con contraste iv (Figura 1): Derrame pericárdico de alta atenuación (hemopericardio).
- TC, reconstrucción MIP sagital (Figura 2) y volumétrica (Figura 3): Aspecto radiológico normal de la aorta toracoabdominal y de los troncos supraaórticos, descartando síndrome aórtico agudo.



LECTURA RADIOLOGICA 2

- TC con contraste iv, eje corto del corazón (Figuras 4 y 5): Solución de continuidad de la pared inferior del VI, con extravasación de contraste a través del mismo, en relación a rotura cardíaca contenida. La solución de continuidad se extiende al septo (comunicación interventricular -CIV).
- TC con contraste iv, ejes corto y 2 cámaras (Figuras 6 y 7): Hipoatenuación del miocardio en cara inferior e inferoseptal en relación con infarto inferior.
- TC con contraste iv, plano 2 cámaras (Figura 7): Solución de continuidad del miocardio en cara inferior.



DISCUSIÓN

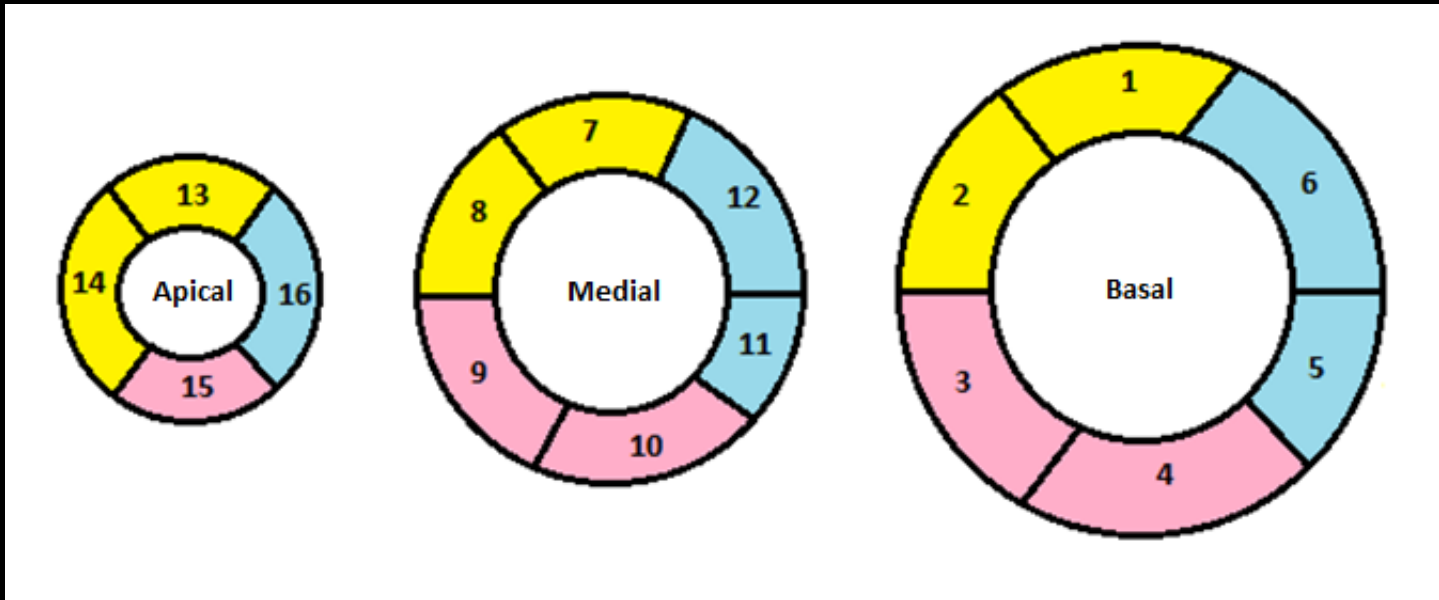
- Ante el diagnóstico de infarto agudo de miocardio y un empeoramiento brusco del estado clínico, se han de tener presentes las siguientes complicaciones mecánicas post-infarto:
 - ❑ Rotura del septo interventricular
 - ❑ Rotura de la pared libre
 - ❑ Rotura de músculo papilar (insuficiencia mitral severa)




- En el caso de una rotura de la pared libre ventricular, en la TC se observan signos de hipoperfusión miocárdica (área de hipoatenuación que sigue una distribución vascular) y extravasación de contraste iv a través de la pared.



DISCUSIÓN

Segmentos cardiacos y su irrigación



-  Arteria coronaria izquierda
-  Arteria coronaria derecha
-  Arteria circunfleja

1. Basal anterior
2. Basal anteroseptal
3. Basal interseptal
4. Basal inferior
5. Basal inferolateral
6. Basal anterolateral
7. Medial anterior
8. Medial anteroseptal
9. Medial inferorseptal
10. Medial inferior
11. Medial inferolateral
12. Medial anterolateral
13. Apical anterior
14. Apical septal
15. Apical inferior
16. Apical lateral



DIAGNÓSTICO FINAL

**Infarto agudo de miocardio con rotura
miocárdica contenida y CIV postinfarto**



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

- Incidencia del 6,2 % (era pre-intervencionista) y 0,8% tras la aparición del intervencionismo vascular percutáneo.
- Picos de incidencia entre el 1º y 4º día post-IAM.
- Más frecuente en VI que en VD.
- Tratamiento: Cirugía urgente.
- Mortalidad elevada (hasta un 90%).



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

Mayor riesgo de rotura:

- Sexo femenino
- Edad avanzada
- Primer episodio de infarto
- Ausencia de colaterales
- Ausencia de hipertrofia ventricular
- IAM transmural (asociado a enfermedad monovaso oclusiva)
- Localización anterior
- HTA durante la fase aguda
- Uso de AINES o corticoides en fase aguda
- Uso de fibrinolíticos más allá de las 14 horas tras el inicio del dolor



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

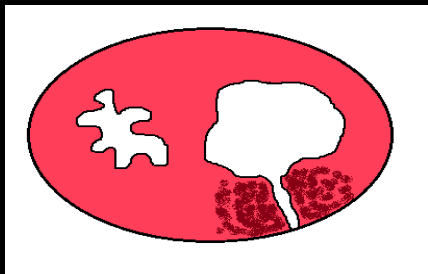
Clasificación:

Tipo 1: Trayectoria lineal sin apenas sangre intramiocárdica.

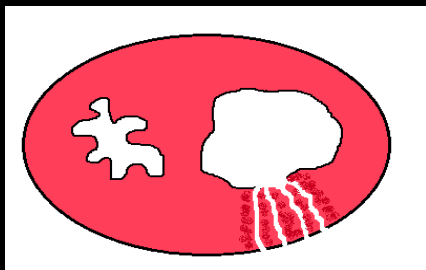
Tipo 2: Trayectoria multicanalicular, irregular, con disección miocárdica extensa e infiltrado sanguíneo.

Tipo 3: El orificio de la rotura está protegido por trombo o pericardio (pseudoaneurisma).

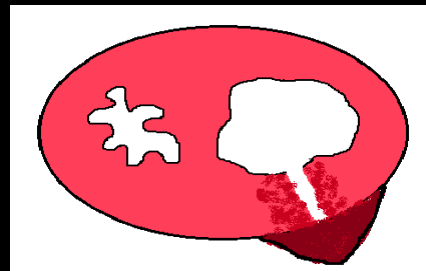
Tipo 4: Rotura incompleta (que no afecta a todas las capas).



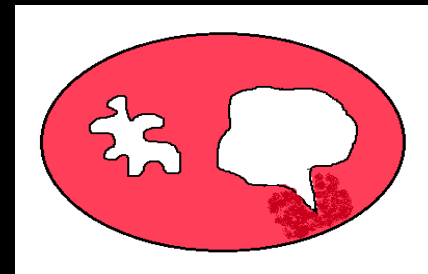
Tipo 1



Tipo 2



Tipo 3



Tipo 4



INTERÉS DOCENTE

Presentar los hallazgos radiológicos mediante TCMD de la rotura miocárdica post-IAM, que aunque siendo una patología infrecuente, es altamente mortal y requiere tratamiento emergente.



BIBLIOGRAFÍA

- Judith S. Hochman, E. Magnus Ohman. American Heart Association Clinical Series: Cardiogenic Shock. Wiley-Blackwell; July 2009. ISBN: 978-1-4051-7926-3.
- Caballero-Borrego J, Hernández-García JM, Sanchís-Fores J. Complicaciones mecánicas en el infarto agudo de miocardio. ¿Cuáles son, cuál es su tratamiento y qué papel tiene el intervencionismo percutáneo?. Rev Esp Cardiol Supl. 2009;09(C):62-70.
- O’Gara PT, Kushner FG, Aschein DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2013;61(4):e78-140.
- Rajiah P, Desai MY, Kwon D, Flamm SD. MR imaging of myocardial infarction. Radiographics. 2013;33(5):1383-412.
- Avegliano G, Conde D, González Ruiz MI, Kuschnir P, Sciancalepore A, Castro F et al. Lateral Left Ventricular Wall Rupture Following Acute Myocardial Infarction: Pathophysiological Interpretation by Multimodality Imaging Approach. Echocardiography. 2014; 31(10):E296-9.