

## 49. IAM complicado con disección intramiocárdica del septum

Alejandro Senese<sup>1</sup>  
José Pérez<sup>1</sup>  
Sebastián Lluberas<sup>1</sup>  
Pablo Fontes<sup>1</sup>  
Alicia Salvarrey<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Asociación Española

### Resumen

**Historia clínica:** mujer 78 años. Neoplasma de riñón. Monorrena quirúrgica. Dolor interescapular subintrante de 8 horas de evolución que cede espontáneamente; 72 horas después reconsulta por dolor de similares características acompañado de disnea. Lúcida. PA 90/60 mmHg. Ritmo regular 90 cpm. Sin soplos. Polipnea. Saturación 94%. Ventilación de ambos campos pleuropulmonares, estertores crepitantes en tercio inferior.

**Pruebas complementarias:** ECG: infarto anterolateral evolucionado. Troponinas positivas. Resto analítica normal. ETT: trastorno sectorial extenso septal, anterior y apical con disección del septum del VI formando espacio en espesor de septum medio y apical. FEVI 40%. CACG a 72 h del ingreso: ADA ocluida en tercio medio se opacifica por circulación colateral homo y heterocoronaria.

**Evolución clínica:** ingresa a CTI. Se discute con equipo multidisciplinario y se decide tratamiento conservador. Primeros 7 días requerimiento intravenoso de dobutamina y noradrenalina. Diminución progresiva de los mismos. ETT control: Trastornos sectoriales de cara anterior con aneurisma del VI. FEVI 20%. Luego estable, sin apoyo de drogas. Diuresis conservada con estímulo diurético. Alta viva a los 20 días.

**Diagnóstico:** IAM anterolateral evolucionado. Disección del septum interventricular.

**Discusión:** la rotura parcial de la pared miocárdica en forma de disección intramiocárdica es una complicación infrecuente subaguda del IAM. El ecocardiograma es la piedra angular en el diagnóstico. El mecanismo fisiopatológico se debe a pérdida de fuerzas de tensión y movimiento discinético del miocardio infartado con aumento de la presión intraventricular. Alteraciones de las paredes de vasos pequeños y hemorragia secundaria forman un contenido hemático que conduce a la disección. Hay reportes a nivel de pared libre del VI o VD y septum. El hematoma intramiocárdico puede expandirse a la cavidad adyacente, retraerse espontáneamente o formar trombos. El tratamiento puede ser quirúrgico o conservador no habiendo

consenso ante la reducida experiencia. No hay diferencia en la tasa de mortalidad en el seguimiento de algunas series a excepción del grupo de pared libre del VD, que la cirugía mejoró la supervivencia. En nuestra paciente se optó por un tratamiento conservador, se le otorgó el alta a los 20 días del ingreso, falleciendo semanas después.