

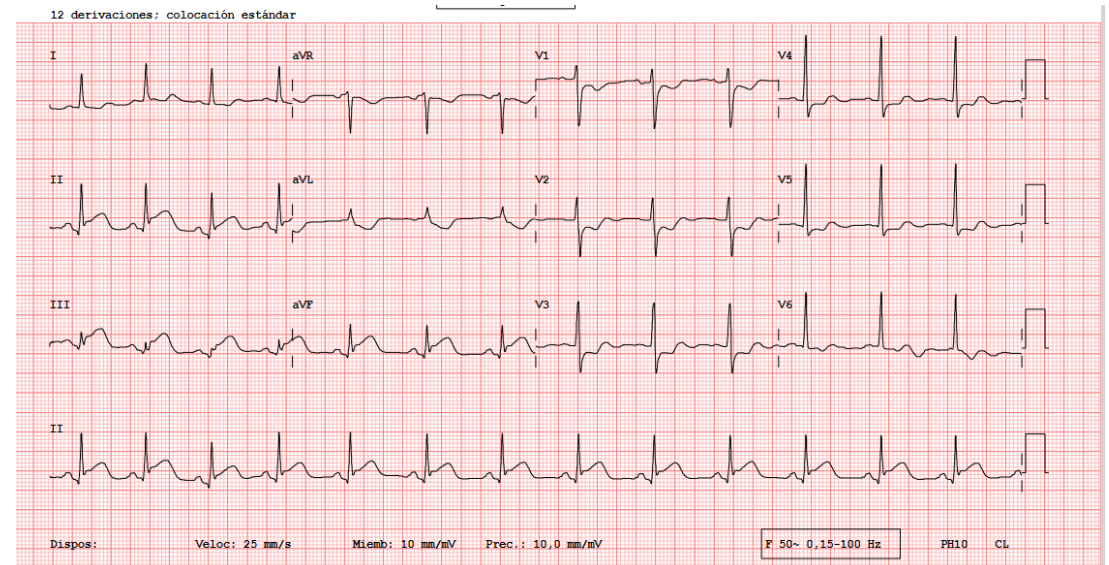
Una rara complicación del intervencionismo coronario en infarto agudo de miocardio

Alfonso Torres Bosco MD
Cardiólogo Intervencionista

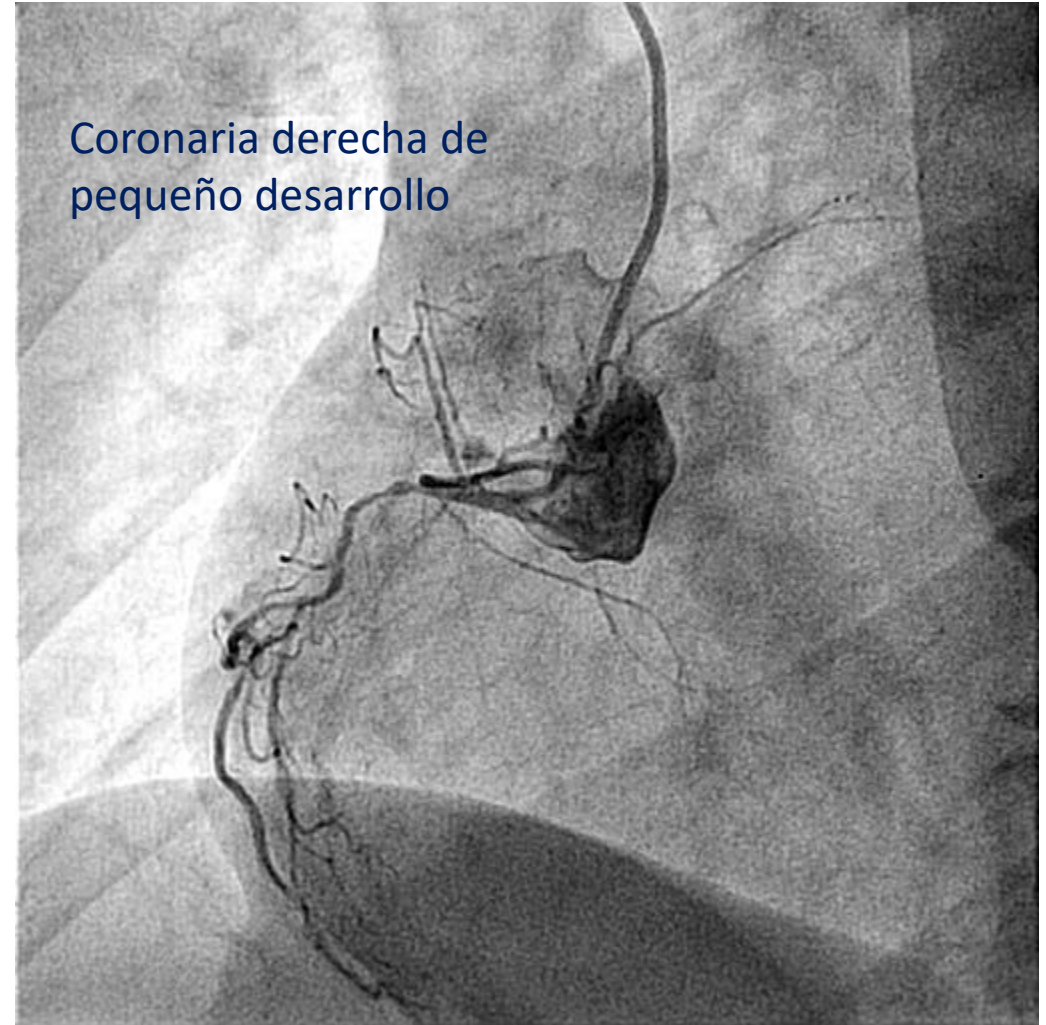
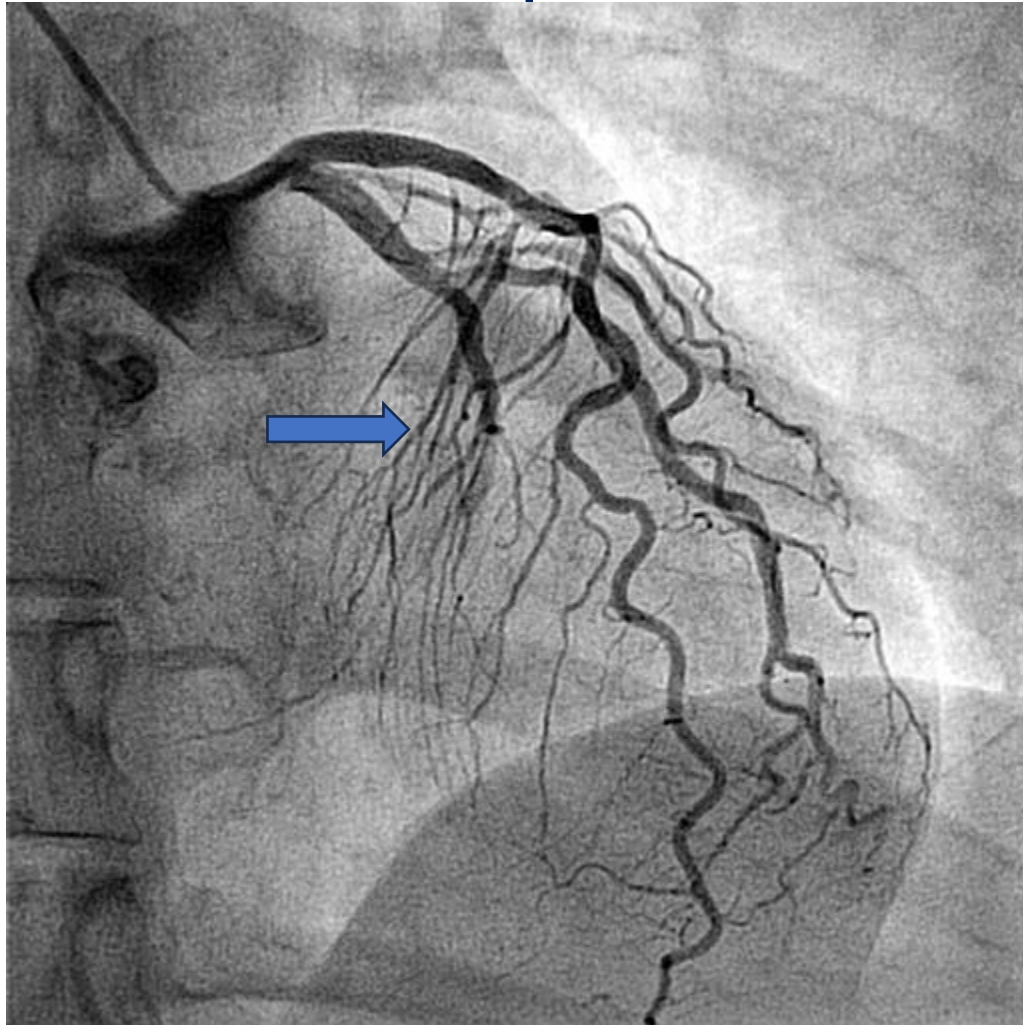
Presentación Clínica

- Mujer de 47 años
- Fumadora de 1 paquete/día
- Infarto agudo de miocardio inferior de 2 horas de evolución

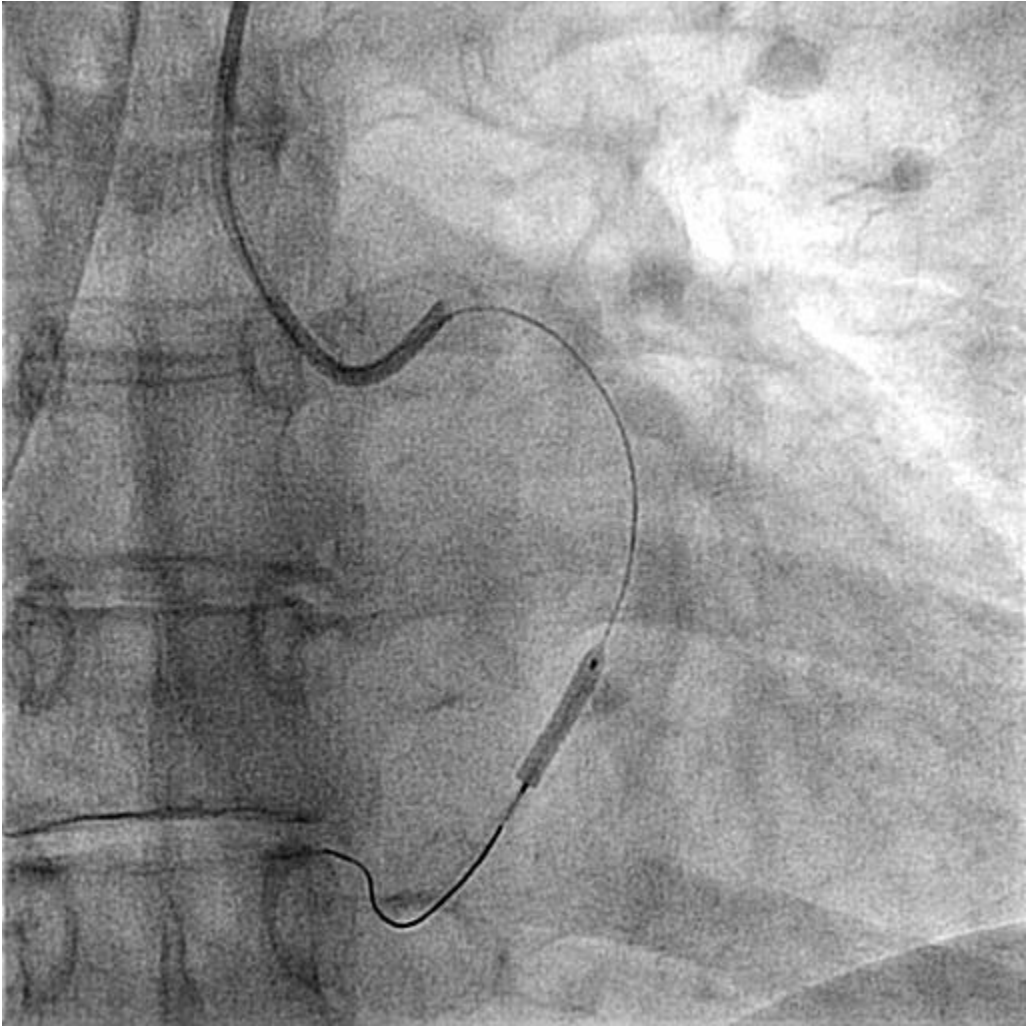
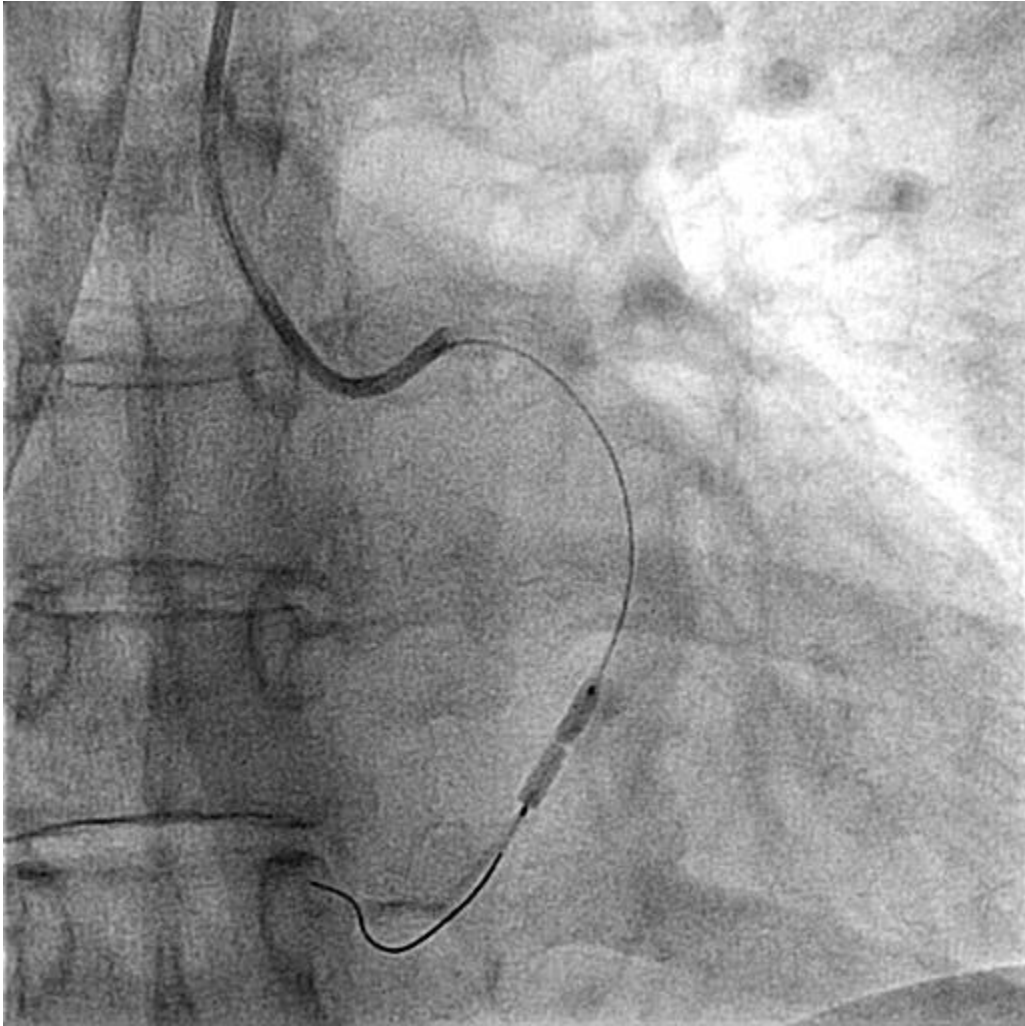
ECG a la llegada



Coronariografía: Oclusión aguda de Cx distal (flecha). Dominancia izquierda

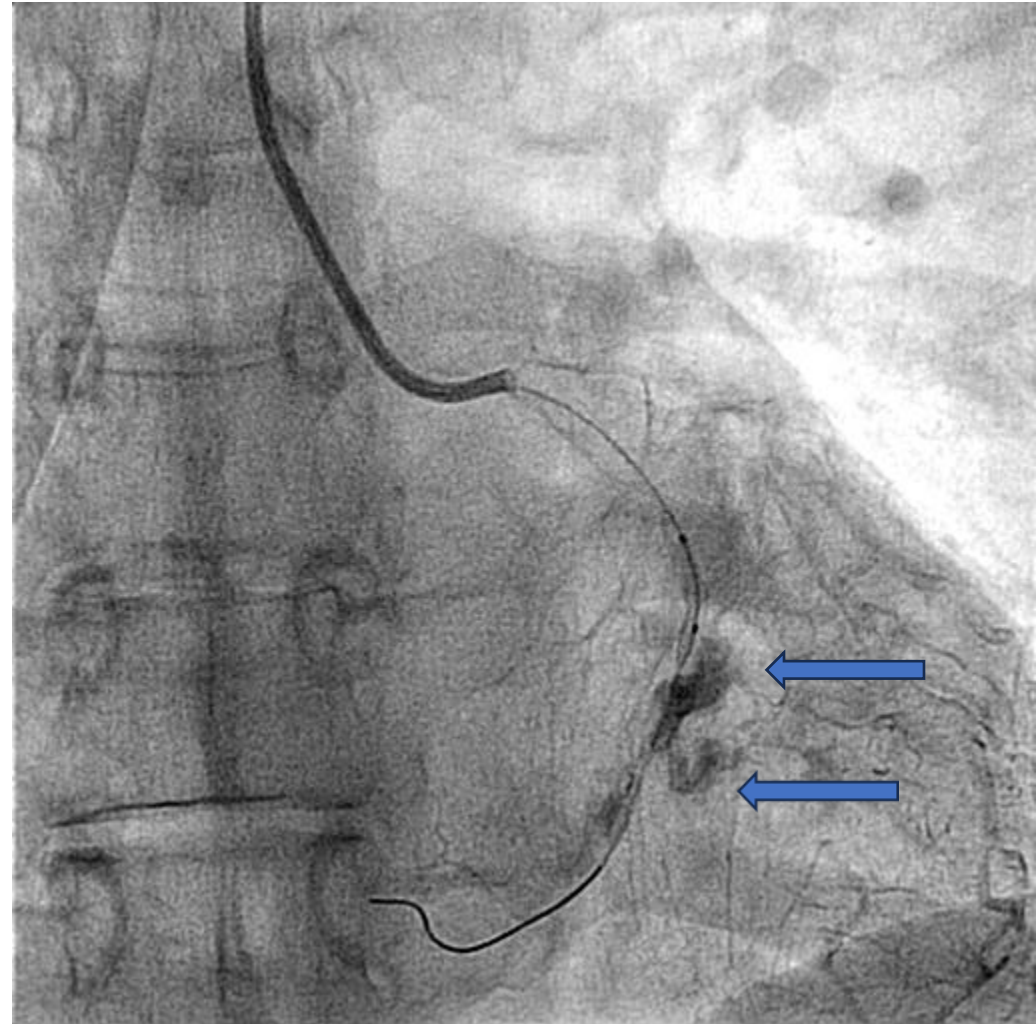


Angioplastia primaria: muesca en el balón en la primera imagen

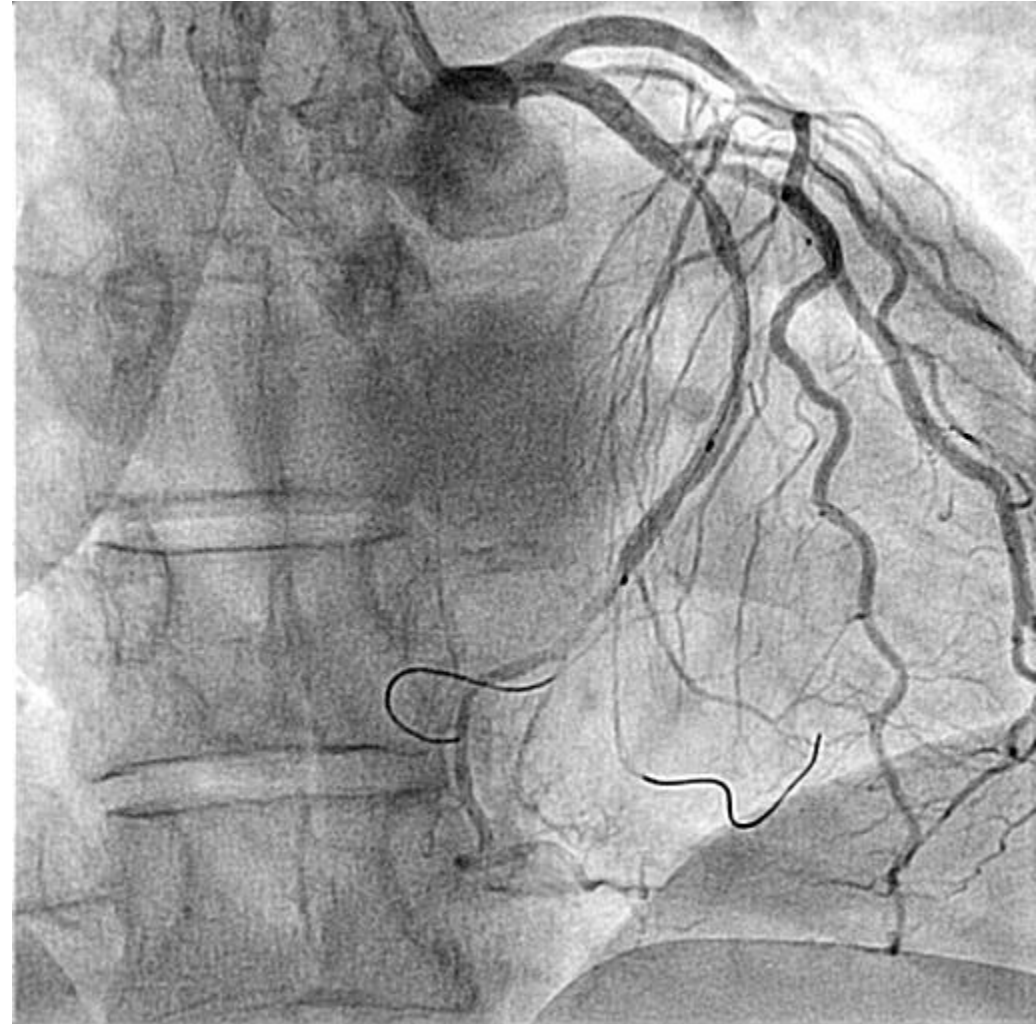
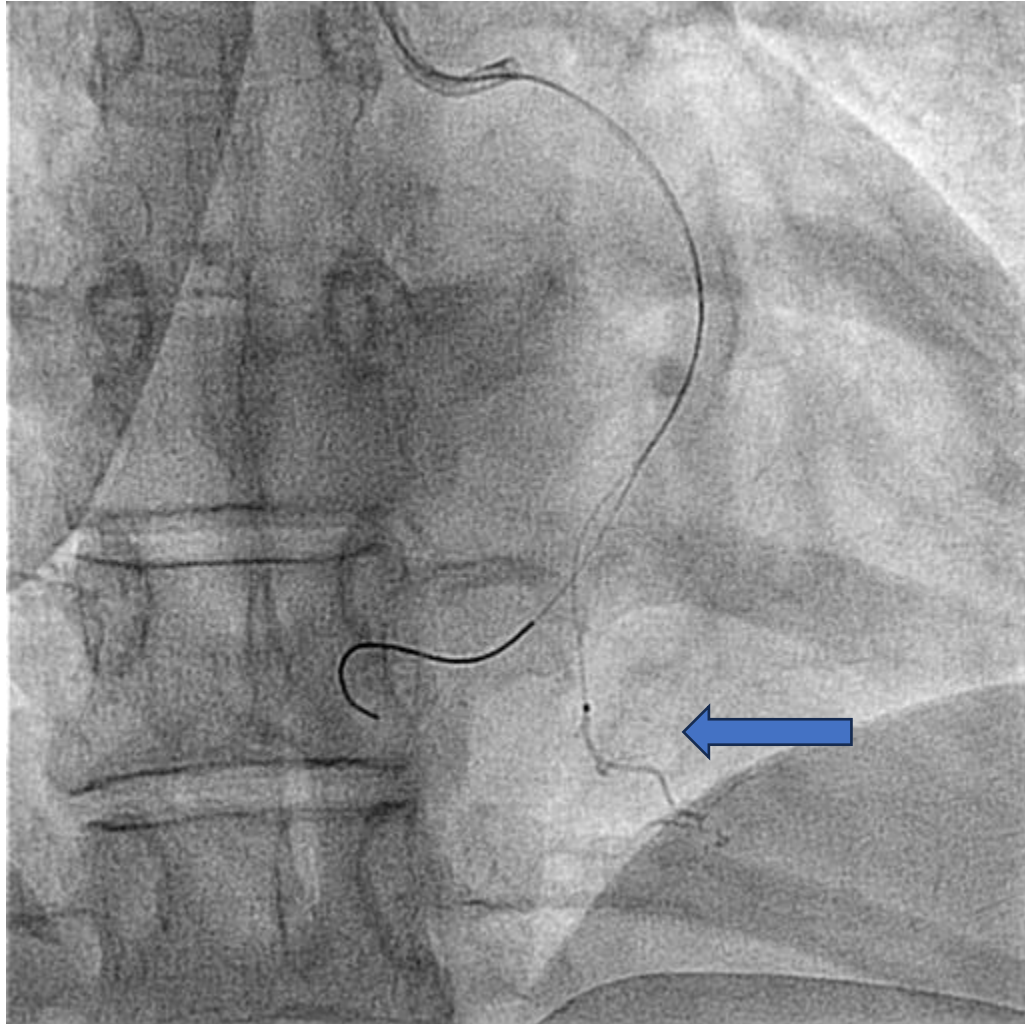


Rotura arterial con extravasación de contraste (flechas)

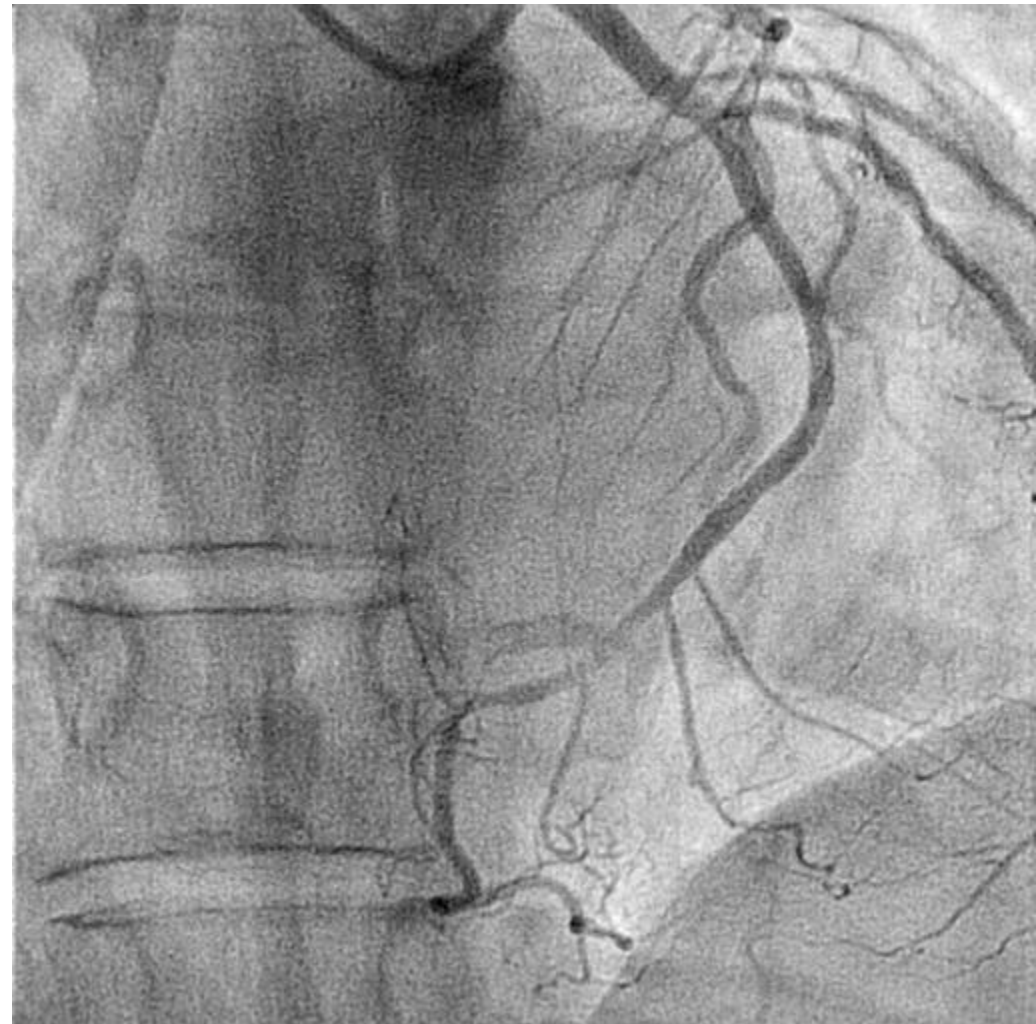
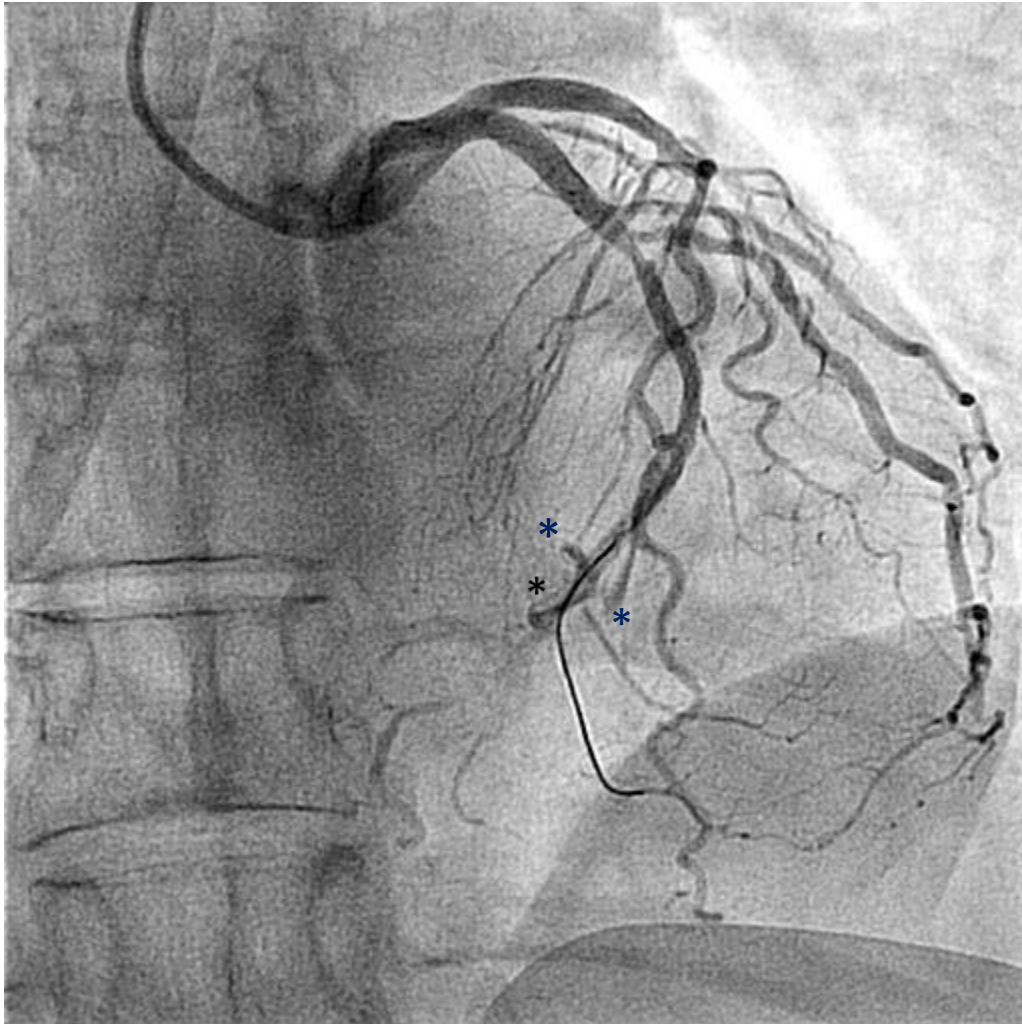
- Al desinflar el balón se comprueba extravasación de contraste y extensa disección.
- Se considera la posibilidad de que se trate de un caso de hematoma mural y disección espontánea (mujer joven).
- Se sospecha malaposición de la guía por lo que se introducirá una segunda guía montada en un microcatéter.



La inyección de contraste a través del microcatéter demuestra buen posicionamiento en luz del vaso (flecha) lo que se confirma al restablecerse flujo anterógrado.



Se define una zona de fuga activa (asteriscos) que se trata con implante de stent recubierto de PTFE Papyrus 15mm 2,5 + implante proximal de un stent farmacoactivo 24mm 2,5 Resultado final en segunda imagen



Resultado clínico satisfactorio

- Se solucionó la fuga.
- La paciente se mantuvo estable.
- Desapareció el dolor, descendió el ST.
- Y en el eco inmediato no había derrame pericárdico.

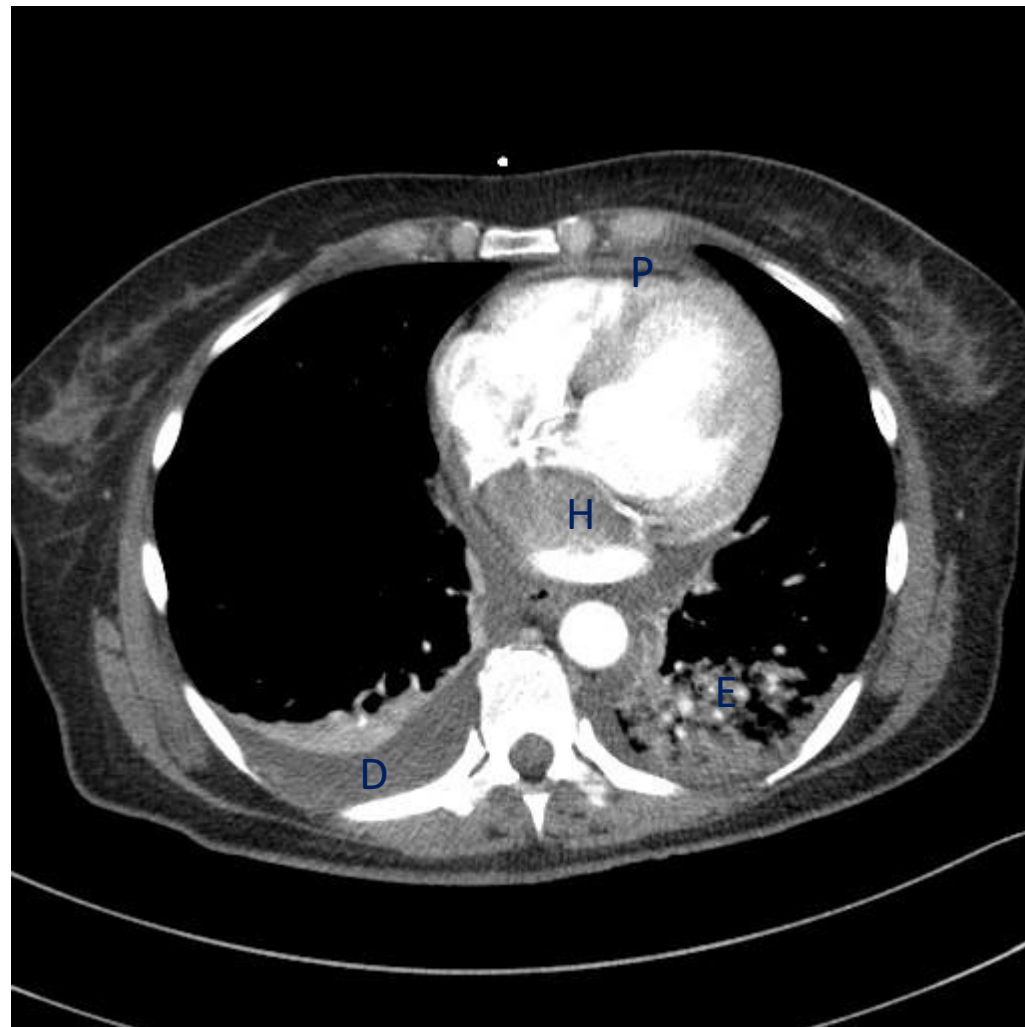
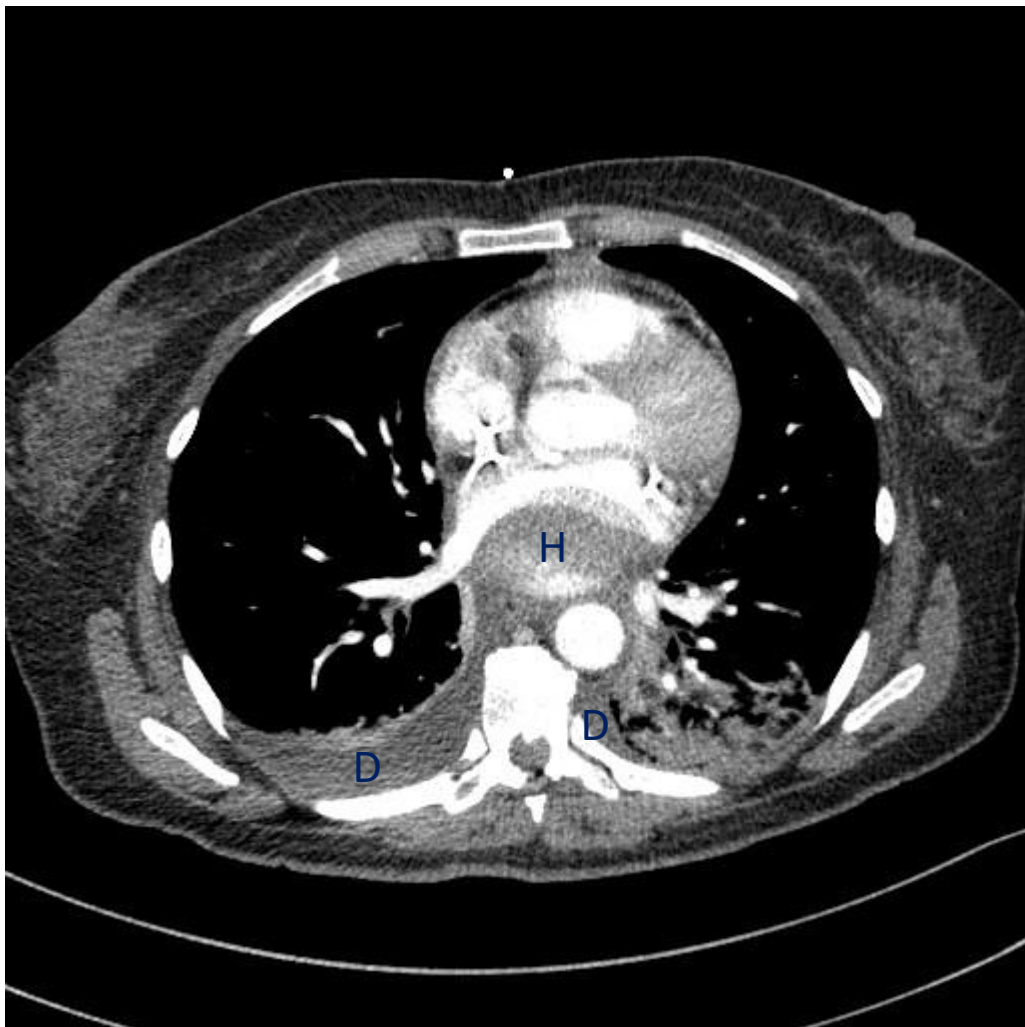
ECG post-procedimiento



Evolución clínica

- La paciente se mantuvo estable tras la revascularización, aunque con una molestia residual diferente a la de la fase aguda y con una taquicardia sinusal en torno a 110-120 lpm. Se describen episodios de disnea e inquietud sin desaturación en la tarde del segundo día y mañana del tercero, que ceden con morfina y ansiolítico. En ecoscopia se descarta derrame pericárdico significativo pero destacan la presencia de “humo” en aurícula izquierda.
- El tercer día por la mañana se realiza un ecocardiograma reglado con los siguientes hallazgos:
 - VI no dilatado. FE 56%. Acinesia de septo inferior, inferolateral basal y medial.
 - Ausencia de valvulopatías.
 - Cavidades derechas no dilatadas. Función VD conservada. IT ligera con PAP calculada de 39 mmHg.
 - Raiz aórtica no dilatada. Vena cava inferior dilatada.
 - Masa redondeada de densidad homogénea adherida al techo auricular que comprime la aurícula izquierda. Sugiere hematoma de pared de la aurícula izda. A valorar disección auricular.
 - Mínima separación de hojas pericárdicas.
- Se practica un TAC torácico.

TAC torácico: Hematoma intramural retroauricular izquierdo con compresión de la aurícula y del ostium de la vena pulmonar inferior izquierda



Nótese: Derrame pleural bilateral (D); Hematoma (H) edema alveolar localizado izquierdo (E); Pericardio sin derrame (P)

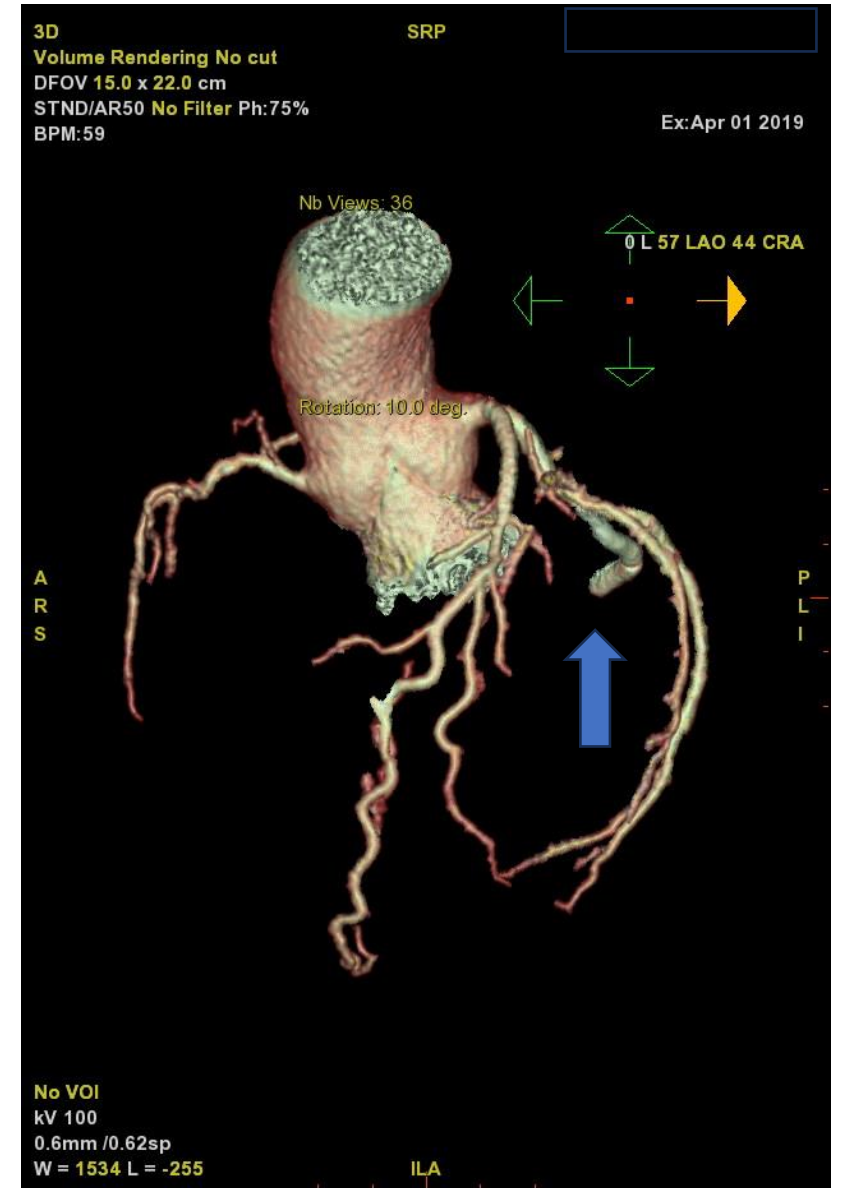
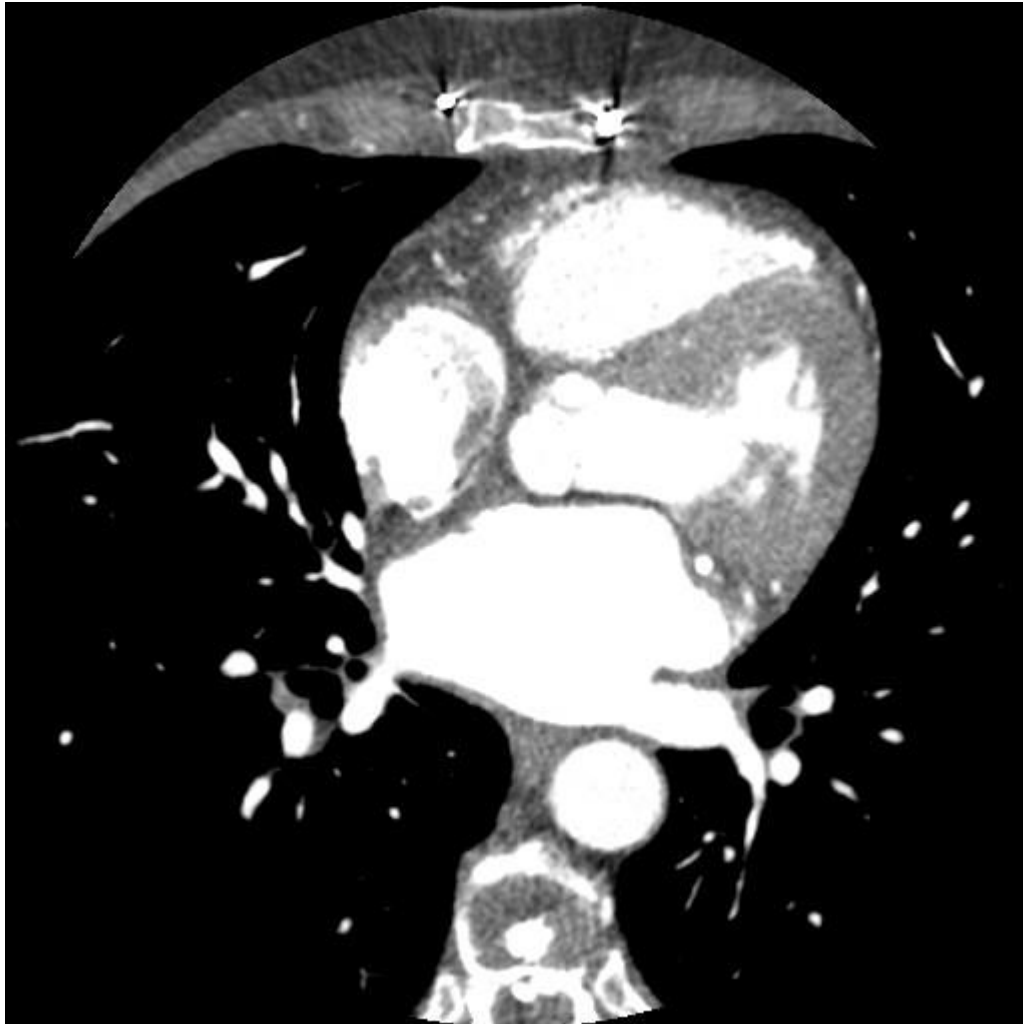
Intervención quirúrgica de urgencia: descripción

- HALLAZGOS OPERATORIOS: Mínimo derrame pericárdico hemático. Hematoma intramural de la aurícula izquierda
- DATOS CEC Y PROTECCIÓN MIOCÁRDICA: No se utiliza circulación extracorpórea
- TECNICA QUIRÚRGICA: Esternotomía, pericardiotomía. Se levanta el corazón con puntos en pericardio posterior, Se realiza un orificio en el epicardio de la aurícula izquierda en cara inferior drenando con aspirador la sangre retenida, posteriormente al no existir sangrado activo, nueva apertura de orificio en el epicardio de aurícula izquierda en cara lateral repitiendo la extracción de sangre con posterior lavado. Conexión de ambas aperturas dejando el hematoma abierto desde la cara lateral hasta la inferior. Dos drenajes mediastínicos, electrodos en VD y AD. Cierre de pericardio a nivel de aorta, esternón con alambres, subcutáneo con dexon y piel con grapas.

Evolución

- La paciente evolucionó bien en su postoperatorio con un sangrado escaso por los drenajes de 400 cc
- Fue dada de alta a su domicilio a los 12 días del episodio de infarto.
- Han transcurrido 5 años desde este ingreso y no ha requerido nuevas revascularizaciones ni ha tenido eventos.
- Sin embargo, en un control de TAC torácico realizado 4 meses después del episodio de infarto se demostró oclusión completa de la arteria a nivel del segmento tratado con circulación colateral homolateral por septales.

TAC Torácico control: oclusión completa de Cx distal (flecha), aurícula izda relleno normal.



Comentarios

- La rotura coronaria es una temible complicación del intervencionismo percutáneo que frecuentemente ocasiona taponamiento pericárdico.
- Los stents recubiertos son eficaces para sellar fugas y en este caso el stent Papyrus consiguió restablecer el flujo y la integridad de la arteria.
- La complicación que se presenta aquí es insólita: un hematoma de pared auricular como consecuencia de una rotura coronaria que no sangra al pericardio.