

Imagen en cardiología

IAM secundario a compresión coronaria por hematoma periaórtico

AMI Secondary to Coronary Compression by a Periaortic Hematoma

Pablo Pazos-López*, Jesús Peteiro-Vázquez y Guillermo Aldama-López

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

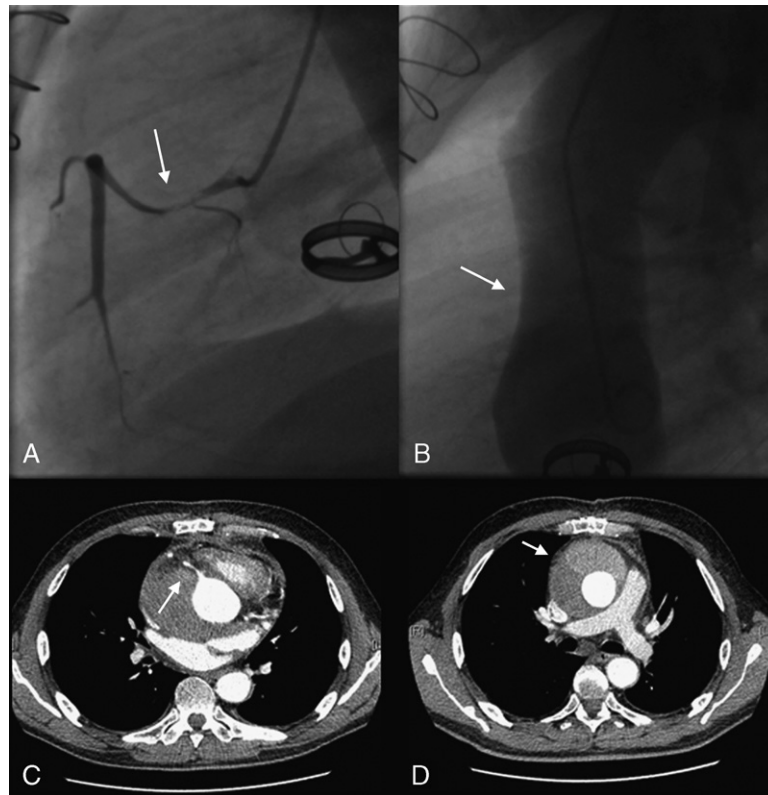


Figura 1.

Varón de 62 años, previamente asintomático, que fue atendido en urgencias por dolor torácico anginoso de 6 h de evolución. Como antecedentes destacaban: recambio mitroaórtico 15 años antes por endocarditis (anticoagulado con acenocumarol) y aneurisma del seno no coronario y la aorta ascendente tratado con anastomosis terminoterminal (prótesis de Dacron) 2 meses antes.

Se encontraba hemodinámicamente estable, con dolor persistente, exploración anodina y herida quirúrgica de buen aspecto. El ECG mostraba un bloqueo de rama izquierda ya conocido y sin cambios. El ecocardiograma durante la evaluación inicial objetivó una acinesia inferior que no estaba presente en el control posquirúrgico y prótesis normofuncionantes sin visualización nítida de la aorta ascendente. Al sospecharse infarto en evolución, se administraron 250 mg de aspirina y 60 min tras la llegada se realizó, con intención de angioplastia, una coronariografía que evidenció suboclusión de la coronaria derecha (CD) (fig. 1A). En la aortografía se apreció una deformación de la pared aórtica anterior sugestiva de compresión extrínseca (fig. 1B). Con tomografía computarizada convencional se demostró la presencia de un hematoma en dicha localización que comprometía el flujo de la CD (figs. 1C y D). La troponina I y la fracción MB masa de la creatinina — datos disponibles 90 min tras la llegada— eran de 4 y 10 ng/ml y alcanzaron 26 y 40 ng/ml respectivamente. El cociente internacional normalizado era 3,68. El paciente fue sometido a drenaje y cierre de una fuga localizada en la sutura proximal del injerto de Dacron. Los hemocultivos resultaron negativos y no hubo incidencias postoperatorias. Este caso ilustra las ventajas de la angioplastia primaria respecto a la fibrinólisis, sobre todo en situaciones de diagnóstico dudoso de infarto agudo y riesgo de fibrinólisis innecesaria.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: pablo.pazos.lopez@gmail.com (P. Pazos-López).

On-line el 18 de mayo de 2011

Full English text available from: www.revespcardiol.org