



INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON SUPRADESIVEL DEL ST COMPLICADO CON RUPTURA DE PARED LIBRE DEL VENTRICULO IZQUIERDO

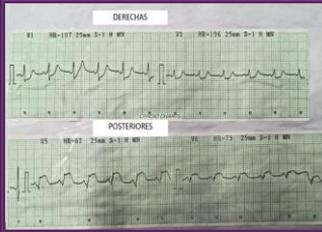
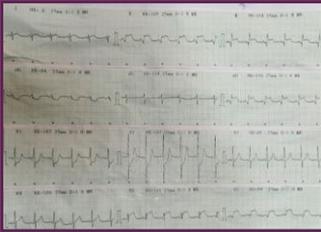
Autores: Lobos P; Caro B; Fernández D; Merino P; De la Vega B; López, R.
Institución: Unidad Coronaria. Hospital Centro de Salud Zenón Santillán, San Miguel de Tucumán.

INTRODUCCION La ruptura cardíaca es una de las complicaciones mecánicas del IAM, con una alta mortalidad, cuya incidencia ha disminuido en los últimos años con la introducción de tratamientos de reperfusión. El diagnóstico rápido y adecuado es fundamental para ofrecer un tratamiento quirúrgico que, a pesar de tener alta mortalidad, supera ampliamente al tratamiento médico.

CASO CLÍNICO: Sexo: Masculino Edad: 52 años FRCV: Ex .TBQ, Sobrepeso, Ant CV: no refiere.

Motivo de consulta: Dolor Precordial, diaforesis, náuseas, disnea, síncope, TEC

Enfermedad actual: Paciente con dolor torácico de 3 días de evolución, reagudizado de 1.30 HS de evolución, localizado en región precordial y epigástrica, carácter opresivo/urente, irradiación hacia región interescapular, intensidad 10/10. Acompañado de diaforesis, náuseas, disnea CF IV y episodio sincopal que provocó TEC en región frontal con herida contusa. Asistido en vía pública y trasladado hacia hospital. Al Ingreso se encontraba con angor y en shock cardiogénico que no respondía con inotrópicos, sí con expansión de volumen.



ECG de Ingreso: Ritmo sinusal, FC 100 lpm, PR 120 mseg, QRS 80 mseg, Supradesnivel del ST inferolaterodorsal

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:



RX de Tórax: Se puede observar un mediastino ensanchado. Por ello se solicita posteriormente Tc de Tórax contrastado para descartar Sd. Aórtico Agudo.

TC de tórax contraste EV: A. Aorta sin lesiones. Derrame pericárdico severo (sospecha de ruptura cardíaca por leve volcado de contraste a pericardio)

Ecocardiograma en cama del paciente: Hipoquinesia inferolaterodorsal. Derrame pericárdico severo con compromiso hemodinámico por colapso de Ventrículo Derecho. Imagen de trombo en pericardio. Probable ruptura cardíaca. Hipertrofia de VI con SIV 23 mm y Pared Posterior 15 mm.

Cinecoronariografía:

TCI: S/L.
DA: Ectásica proximal con irregularidades leves. Primer ramo diagonal con obstrucción severa ostial.
CX: No dominante de mediano tamaño ocluida en tercio medio, con imagen de trombo.
CD: dominante con obstrucción severa ostial. Descendente Posterior con obstrucción subtotal en tercio medio.



TRATAMIENTO:

Se Realiza Cirugía de Revascularización Miocárdica con Bypass Aortocoronario a Coronaria Derecha y Descendente Posterior + Cierre de ruptura de cara lateral de VI con Teflón Felt y glue. Exitosa. Luego de 6 días de internación se da de alta al paciente, sin complicaciones.