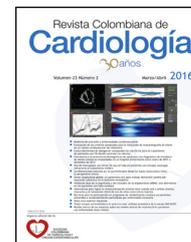




SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – REVISIÓN DE TEMAS

Complicaciones mecánicas del infarto agudo de miocardio: aunque infrecuentes, potencialmente letales



Jerson Quitian Moreno*, Darwin Jhoan Ariza Rodríguez, Tatiana Rugeles y Laura Milena Bermúdez López

Cardiología Clínica, Servicio de Urgencias. Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca, Colombia

Recibido el 29 de noviembre de 2016; aceptado el 29 de abril de 2017

Disponible en Internet el 2 de julio de 2017

PALABRAS CLAVE

Infarto agudo de miocardio;
Defectos septales del corazón;
Complicaciones;
Insuficiencia mitral

KEYWORDS

Acute myocardial infarction;
Heart septal defects;
Complications;
Mitral insufficiency

Resumen Aunque la incidencia de complicaciones mecánicas en el infarto agudo de miocardio ha descendido después de la era de la intervención coronaria percutánea, la mortalidad sigue siendo significativa. La ruptura septal ventricular, la regurgitación mitral aguda y la ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo conforman el espectro de complicaciones mecánicas posteriores al infarto agudo de miocardio. La reparación quirúrgica es el pilar del tratamiento; sin embargo, como puente para la cirugía, el manejo médico permite estabilizar al paciente.

© 2017 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Mechanical complications of acute myocardial infarction: common but potentially fatal

Abstract Although the incidence of complications in acute myocardial has decreased since the percutaneous coronary intervention era, there is still a significant mortality rate. Ventricular septal rupture, acute mitral regurgitation, and left ventricular free wall rupture, are part of the spectrum of mechanical complications after an acute myocardial infarction. Surgical repair is the key to their treatment, but, as a bridge for the surgery, medical management helps to stabilise the patient.

© 2017 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jersonquitian@yahoo.com (J. Quitian Moreno).

Métodos

Se llevó a cabo una búsqueda en PUBMED acerca de los últimos estudios de las complicaciones mecánicas del infarto agudo de miocardio, restringidas a humanos y publicadas en inglés. Se seleccionaron aquellos artículos que informasen sobre aspectos claves en la epidemiología, el diagnóstico y el manejo de las patologías en cuestión.

Introducción

Son cinco las complicaciones del infarto agudo de miocardio: mecánicas, eléctricas, inflamatorias, isquémicas y embólicas¹. Las mecánicas incluyen la ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo, la ruptura septal ventricular y la regurgitación mitral aguda². La incidencia de estas complicaciones ha descendido a menos del 1% desde el advenimiento de la intervención coronaria percutánea primaria^{3,4}. Aunque infrecuentes, en la actualidad representan una emergencia clínica y son una importante causa de mortalidad a corto plazo^{5,6}. La ecocardiografía es la modalidad de imagen diagnóstica de elección⁷. Después de un diagnóstico oportuno y la estabilización hemodinámica, los pacientes generalmente son referidos a cirugía, sin embargo el procedimiento de cierre percutáneo con dispositivo se ha llevado a cabo de manera exitosa como una alternativa a la cirugía en aquellos de alto riesgo⁸.

Ruptura septal ventricular

Antes del uso de la trombólisis y la intervención coronaria percutánea, la incidencia de ruptura septal ventricular posterior al infarto agudo de miocardio era del 1-3%⁹⁻¹³. Después de que las terapias de reperfusión se convirtieran en la práctica estándar en el tratamiento del infarto agudo de miocardio, la incidencia disminuyó al 0,17-0,31%^{3,14-16}. Así mismo, el tiempo de presentación de la ruptura septal ventricular postinfarto agudo de miocardio ha disminuido de 3 a 5 días a 24 horas con el surgimiento de las técnicas de reperfusión probablemente a causa de la hemorragia intramiocárdica¹⁷. Los factores de riesgo implicados incluyen hipertensión, edad avanzada, género femenino, ausencia de angina previa al infarto y enfermedad de único vaso¹⁴.

Teniendo en cuenta el tipo de defecto anatómico ocasionado, la ruptura septal ventricular se puede clasificar en simple, si existe un solo defecto con abertura en ambos ventrículos aproximadamente al mismo nivel, y compleja, que representa una red de canales serpiginosos con hemorragia y disrupción del tejido miocárdico siendo más común en infarto agudo de miocardio posteroinferior¹⁸.

Los pacientes característicamente se presentan sin historia previa de angina, con incremento de la disnea, a menudo deteriorándose rápidamente en choque cardiogénico¹⁹. En el 90% de los casos se encuentra un soplo pansistólico que se escucha más intensamente en el borde paraesternal izquierdo asociado a frémito paraesternal, palpable en el 50% de los pacientes²⁰. En el electrocardiograma, además de los cambios propios del infarto, es característico encontrar un bloqueo de rama en aproximadamente el 40% de los pacientes²¹. La ecocardiografía con flujo Doppler color es el

gold estándar para el diagnóstico, monitorización y planificación del tratamiento, distinguiendo entre la ruptura del músculo papilar y la ruptura septal ventricular, así como para la evaluación de la función ventricular izquierda y derecha².

A pesar del desarrollo y los prometedores resultados en el manejo no quirúrgico de la ruptura septal ventricular como los dispositivos de cierre transcáteter²², la reparación quirúrgica de los defectos septales sigue siendo el pilar del tratamiento. Las actuales guías del Colegio americano de cardiología y la Asociación americana del corazón ACCF/AHA (American College of Cardiology Foundation and American Heart Association) recomiendan la reparación quirúrgica de emergencia independientemente de la estabilidad hemodinámica en el momento del diagnóstico²³. A pesar del acuerdo general entre los expertos sobre la necesidad de reparación quirúrgica, el tiempo de la reparación y el manejo terapéutico perioperativo son controversiales²⁴⁻²⁷.

El pilar del tratamiento médico consiste en lograr una reducción de la postcarga, usando métodos farmacológicos y no farmacológicos². Dentro de los métodos farmacológicos se incluye el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, nitratos intravenosos o hidralazina^{28,29}. Los inhibidores de la fosfodiesterasa 3 como el milrinone, son además usados como inodilatadores, incrementando la contractilidad y produciendo vasodilatación³⁰. El levosimendan, un sensibilizador al calcio que mejora la inotropía sin incrementar el consumo de oxígeno miocárdico ayuda a contrarrestar el aturdimiento ventricular asociado con la injuria por reperfusión posterior al infarto agudo de miocardio³¹. Los pacientes con disfunción significativa del ventrículo derecho pueden además beneficiarse de vasodilatadores pulmonares como el óxido nítrico inhalado³².

Entre las técnicas no farmacológicas se incluyen el balón de contrapulsación intraaórtica y la circulación extracorpórea con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO, su sigla en inglés por Extra Corporeal Membrane Oxygenation)^{33,34}. La mayor parte de la información sobre el uso de balón de contrapulsación intraaórtico está limitada a reporte de casos y a estudios retrospectivos pequeños que muestran una mejoría en la supervivencia hasta que se realiza la reparación quirúrgica de emergencia^{35,36}. Las guías ACC/AHA recomiendan el uso del balón de contrapulsación intraaórtico en el choque cardiogénico; el cierre percutáneo de la ruptura septal ventricular puede ser una opción terapéutica en casos seleccionados²³. En cuanto al uso de ECMO la información disponible está limitada a reporte de casos y hasta la fecha no hay estudios prospectivos o retrospectivos que evalúen los beneficios en la mortalidad en ruptura septal ventricular postinfarto agudo de miocardio; sin embargo, los reportes publicados evidencian beneficios en la estabilización prequirúrgica^{37,38}.

Regurgitación mitral aguda

La regurgitación mitral aguda severa puede ocurrir con una frecuencia que varía del 0,3 al 3% y está más relacionada con la localización del infarto que con el grado del mismo³⁹.

Son dos los mecanismos principales por los cuales se desarrolla la regurgitación mitral aguda en el infarto agudo de miocardio; la ruptura repentina de un músculo papilar y la disfunción del músculo papilar secundaria a isquemia¹. La

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620411>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620411>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)