

#012 | TROMBO GIGANTE SECUNDARIO A INFARTO NO REPERFUNDIDO. PRESENTACIÓN COMO ACV.

Dominique Gilard¹; Camila Gurascier¹; Gimena Loza¹; Lucía Florio¹

1 - Unidad Académica de Cardiología, Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas..

Introducción:

El aneurisma ventricular es una complicación del 5-30% de los IAM transmurales extensos, especialmente anteriores. Frecuentemente asocian trombos intracavitarios. El ETT es de elección para el diagnóstico, aunque la RNM cardíaca es de primera línea para su caracterización. El riesgo embólico y el tratamiento siguen siendo controversiales.

Historia clínica:

Hombre, 62 años, tabaquista moderado, esquizofrenia con adecuado tratamiento. Ingresa por ACV retiniano izquierdo, sin otros síntomas cardiovasculares. Estable clínica, eléctrica y hemodinámicamente. Examen físico cardiovascular al ingreso, ritmo regular 60cpm, sin falla cardíaca.

Pruebas complementarias:

ECG (fig.1) evidencia alteraciones compatibles con secuela de IM anterolateral. ETT (fig. 2) VI no dilatado, aquinesia de los segmentos apicales, imagen de ocupación del mismo que deja dudas sobre su naturaleza (trombo o hipertrofia). FEVI 35%.

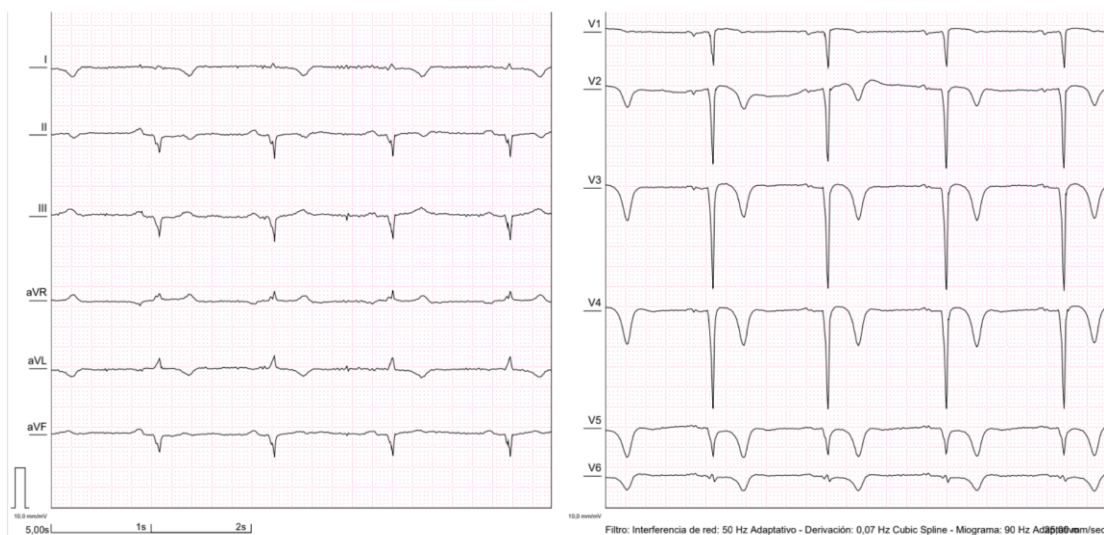


Figura 1. Electrocardiograma. Bradicardia sinusal 55 cpm, SAI, PR 200 ms, EEM -90° , QRS 100 ms, fraccionado en derivadas de los miembros, QS en DII, DIII, aVF y V1-V6. Trastornos de la repolarización en precordiales con supradesnivel del ST supracóncavo, máximo de 1 mm en V2, y ondas T invertidas profundas y simétricas en las mismas derivadas. QT corregido por Bazett 325 ms.



Figura 2. Imágenes de ecocardiograma transtorácico. **A** Enfoque apical 4 cámaras. **B** Enfoque apical 2 cámaras. **C** Eje corto a nivel apical. Se observa aquinesia de los segmentos apicales con imagen que ocupa el apex, que podría corresponder a un trombo o a hipertrofia.

Se solicita RNM cardiaca para caracterización tisular de imagen apical, que confirma aneurisma apical con realce transmural isquémico a dicho nivel y trombo ocupando gran parte de la cavidad ventricular (fig. 3).

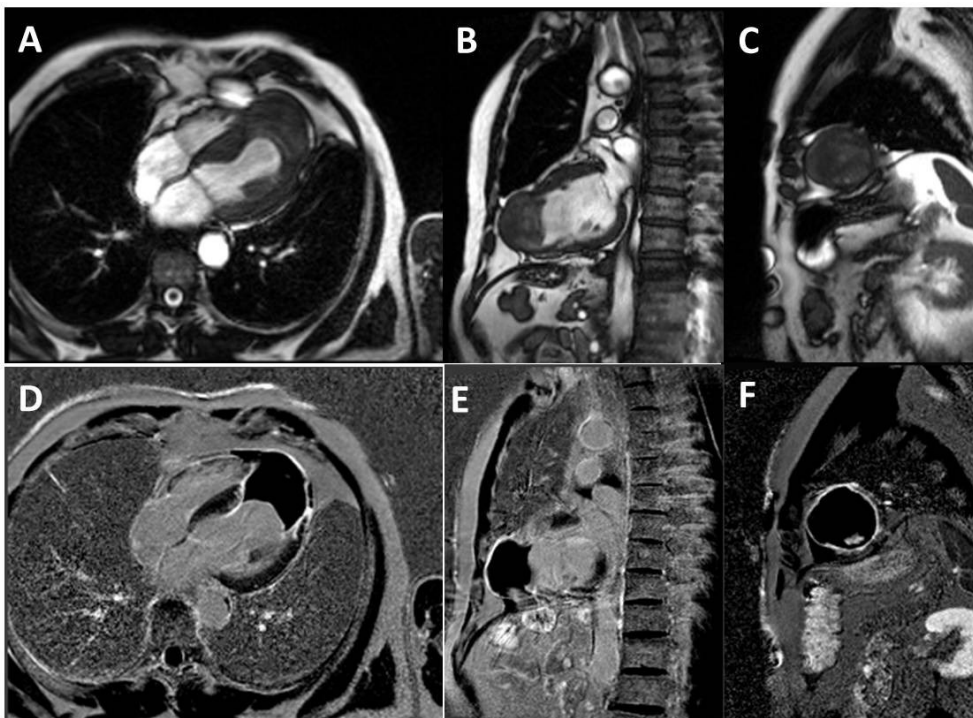


Figura 3. Imágenes de cardiorresonancia. **A, B y C** corresponden a secuencias de cine y **D, E y F** a secuencias de realce tardío con gadolinio, en 4 cámaras, 2 cámaras y eje corto a nivel apical respectivamente. Se evidencia aneurisma del ápex con realce tardío con gadolinio transmural a dicho nivel e imagen avascular que ocupa completamente el ápex, compatible con un gran trombo a dicho nivel.

Se realiza CACG: TCI estenosis severa, ADA estenosis severa ostial y ocluida tercio medio, primer ramo marginal estenosis severa proximal, primer ramo diagonal estenosis severa de tercio medio, ACD oclusión crónica total. Se decide tratamiento médico inicial dado fuera de oportunidad quirúrgica e imposibilidad de realizar aneurismectomía por tamaño del mismo.

Diagnóstico:

Secuela de infarto de miocardio anterolateral no reperfundido, con aneurisma apical y trombo en su interior, que se presenta como ACV. Se inicia anticoagulación y tratamiento de disfunción sistólica. Alta con control ambulatorio.

Discusión:

Los aneurismas del VI son evaginaciones delimitadas discinéticas que conservan la integridad de la pared. Se caracterizan por alteraciones en la motilidad, lo que genera reducción de la FEVI. Suelen presentarse en la región anterior o apical, y son más comunes luego de un infarto transmural. Datos internacionales muestran una incidencia tras un IAM de 10%, no existen datos de Uruguay. El flujo lento mantenido en un aneurisma puede condicionar la formación de trombo, que se explica por la *tríada de Virchow*. La relación entre la enfermedad cardíaca y los eventos neurológicos isquémicos es conocida. Aproximadamente 20% de los ACV son cardioembólicos. Aunque la FA es la causa principal, se deben considerar otras (con una incidencia de ACV de hasta 15% en pacientes con trombos no anticoagulados). Es habitual encontrar más de una fuente posible simultánea de ACV, por lo que una fuente embolígena no implica que sea la etiología específica. El tratamiento de los trombos ventriculares se basa en anticoagulación oral, resolviéndose 50% al año y 75% a dos años. La warfarina es el tratamiento estándar; se han introducido los anticoagulantes directos como alternativa con menor riesgo de hemorragia grave y sin diferencias en eventos embólicos. No existen recomendaciones estrictas sobre duración del tratamiento; existe consenso para suspender la anticoagulación a los 3 meses habiendo confirmado su resolución imagenológica. Tampoco se establecen lineamientos claros para pacientes que se presentan con IM aparentemente evolucionados y no reperfundidos, se recomienda individualizar la decisión. La evidencia para la profilaxis con rivaroxabán en pacientes con alto riesgo de desarrollar trombos luego de un IAM es débil.