

Disección intramiocárdica como complicación del infarto de miocardio. Reporte de caso

Oqui Félix Granados¹
José Bernardo Barrera Treviño¹
Fernando Manuel Calderón Osorio²
Efren López Rodríguez³

Correspondencia
Oqui Felix Granados
oqui_26@hotmail.com

¹Servicio de Cardiología, Unidad Médica de Alta Especialidad HE No. 71, IMSS. Torreón, Coahuila. México.
²Servicio de Resonancia Magnética Cardíaca, Unidad Médica de Alta Especialidad HE No. 71, IMSS. Torreón, Coahuila. México.
³Servicio de Ecocardiografía, Unidad Médica de Alta Especialidad HE No. 71, IMSS. Torreón, Coahuila. México.

Recibido: 29/05/2025 **Aceptado:** 01/04/2025 **Publicado:** 31/12/2025

Citar como: Félix Granados O, Barrera Treviño JB, Calderón Osorio FM, López Rodríguez E. Disección intramiocárdica como complicación del infarto de miocardio. Reporte de caso. Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2025 Dic; 8(3): 44-47. doi: https://doi.org/10.37615/retic.v8n3a9.

Cite this as: Félix Granados O, Barrera Treviño JB, Calderón Osorio FM, López Rodríguez E. Intramyocardial dissection as a complication of myocardial infarction. Case report. Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2025 Dec; 8(3): 44-47. doi: https://doi.org/10.37615/retic.v8n3a9.

Palabras clave

- ▷ Disección intramiocárdica
- ▷ Resonancia magnética
- ▷ Complicación posinfarto.
- ▷ Ruptura septal.

Keywords

- ▷ Intramyocardial dissection.
- ▷ Magnetic resonance.
- ▷ Post-infarction complication.
- ▷ Septal rupture.

RESUMEN

La disección intramiocárdica (DM) es una complicación infrecuente del infarto agudo de miocardio asociada a una revascularización tardía. Sin embargo, conlleva una elevada mortalidad, requiriendo un diagnóstico oportuno y un tratamiento individualizado, basado en el estatus hemodinámico y extensión de la disección. Para su diagnóstico es importante el uso de estudios de imagen multimodal. Entre ellos, el ecocardiograma y la resonancia magnética son de gran utilidad, esta última con una mejor resolución espacial permitiendo una mejor distinción del defecto. Hasta el momento, no existe algún consenso acerca del tratamiento óptimo en esta patología. El manejo de la DM depende de múltiples factores, en algunos casos, puede ser un manejo conservador.

ABSTRACT

Intramyocardial dissection (ID) is an uncommon complication of acute myocardial infarction, associated with late revascularization. However, it carries a high mortality rate, requiring timely diagnosis and individualized treatment, based on the hemodynamic status and extension of dissection. Is important to diagnose it using multi-modal imaging. Among them, echocardiogram and magnetic resonance imaging are beneficial, the second with a better spatial resolution that allows better defect distinction. Therapeutic management guidelines have not yet been standardized for this pathology. The management of ID depends on multiple factors, in some cases, may be managed conservatively.

Presentación del caso

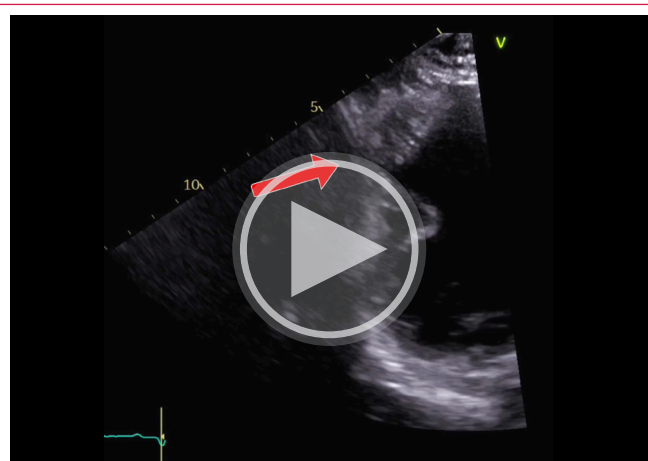
Mujer de 48 años de edad con antecedente personal de diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de diagnóstico como único factor de riesgo cardiovascular. En febrero del 2022 presentó un infarto anteroseptal no trombolizado, no reperfundido. La paciente continuó con episodios de angor desencadenados al realizar actividad física y es derivada a nuestra unidad en junio de 2022.

A la exploración física la paciente no presenta ingurgitación yugular, en el área precordial se observa levantamiento del ápex en 5.º espacio intercostal, sin levantamientos paraesternales, con soplo holosistólico en foco mitral irra-

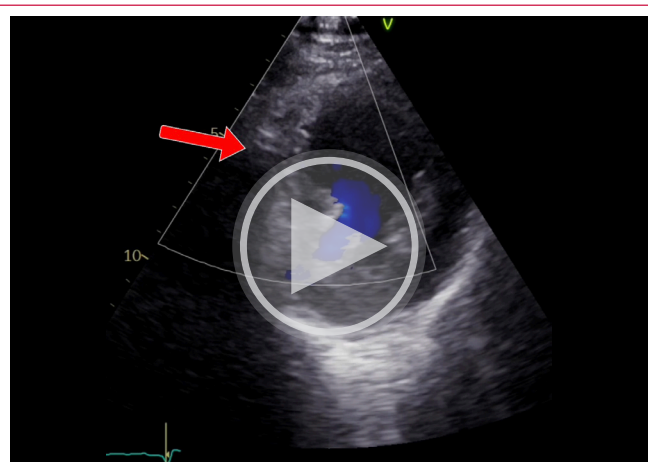
diado a axila, intensidad III/IV, frecuencia cardíaca de 78 latidos por minuto, TAM 80 mmHg.

Se realiza ecocardiograma transtorácico donde se observa ventrículo izquierdo dilatado, con alteración de la movilidad en cara anteroseptal: acinesia en segmentos apical y medio; cara anterior: acinesia en segmento apical e hipocinesia en segmento medio; cara anterolateral: acinesia en segmento apical e hipocinesia en segmento medio; cara inferoseptal: acinesia en segmento apical y medio; cara inferior: acinesia en segmento apical y medio e hipocinesia en segmento basal; cara inferolateral: acinesia en segmento apical e hipocinesia en segmento medio, con área aneurismática del ápex, FEVI de 30%, pérdida de la continuidad miocárdica a nivel del septum interventricular entre segmentos anteroseptal y anterior (Video 1, Video 4), y un flujo doppler color intramiocárdico inferior (Video 2, Video 3).

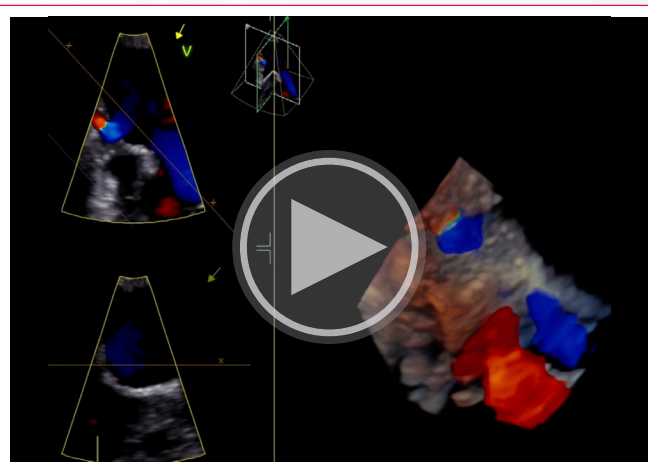




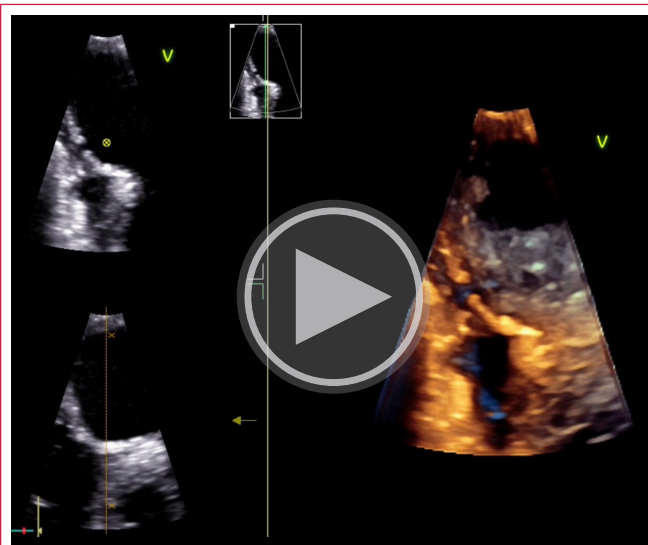
Video 1. Ecocardiograma transtorácico. Modo 2D en ventana paraesternal eje corto a nivel de músculos papilares con enfoque en defecto, se observa pérdida de la continuidad miocárdica a nivel del *septum* interventricular entre segmentos anteroseptal y anterior (*flecha*), así como acinesia anteroseptal, anterior y anterolateral.



Video 2. Ecocardiograma transtorácico. Modo 2D en ventana paraesternal eje corto a nivel de músculos papilares donde se observa flujo al *doppler* color a nivel del *septum* interventricular entre segmentos anteroseptal y anterior identificado con marcador anatómico (*flecha*).



Video 3. Ecocardiograma transtorácico. Modo volumen 3D con enfoque a zona donde se observa defecto de la pared inferior del *septum* interventricular, así como flujo al *doppler* color a través del defecto (*flecha*), sin comunicar con ventrículo derecho.



Video 4. Ecocardiograma transtorácico. Modo volumen 3D con enfoque a zona donde se observa defecto inferior del *septum* interventricular identificado por marcadores anatómicos (*flecha*).

Posteriormente se realiza resonancia magnética evidenciando aneurisma apical del ventrículo izquierdo, infarto transmural en pared anteroseptal, inferoseptal y ápex, sin viabilidad miocárdica, también presenta fenómeno de no reflujo de la microvasculatura en secuencia T1 poscontraste (**Figura 1**), así como presencia de defecto hipointenso en pared inferoseptal valorado en secuencia fiesta pre- y poscontraste que no condiciona flujo a través del *septum*, sugestivo de disección intramiocárdica (**Video 5**, **Video 6**).

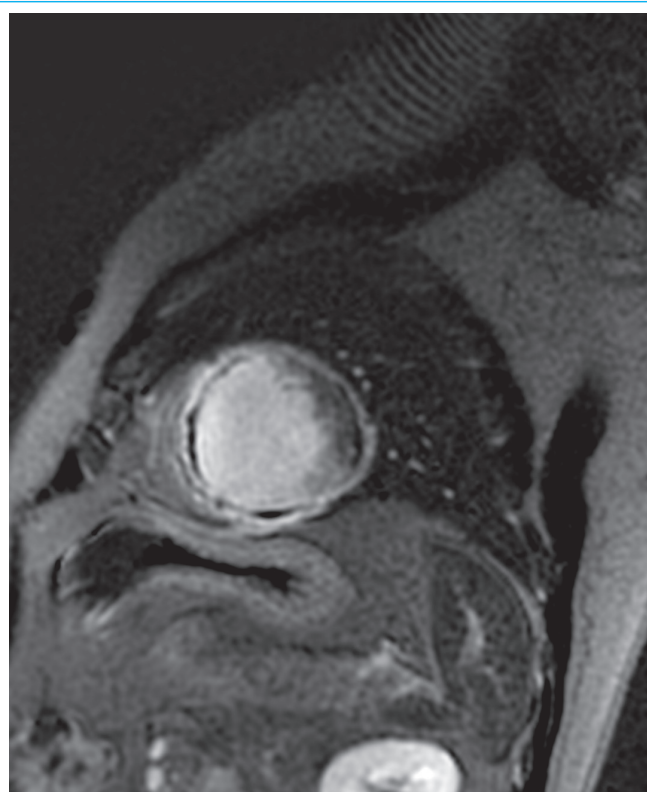
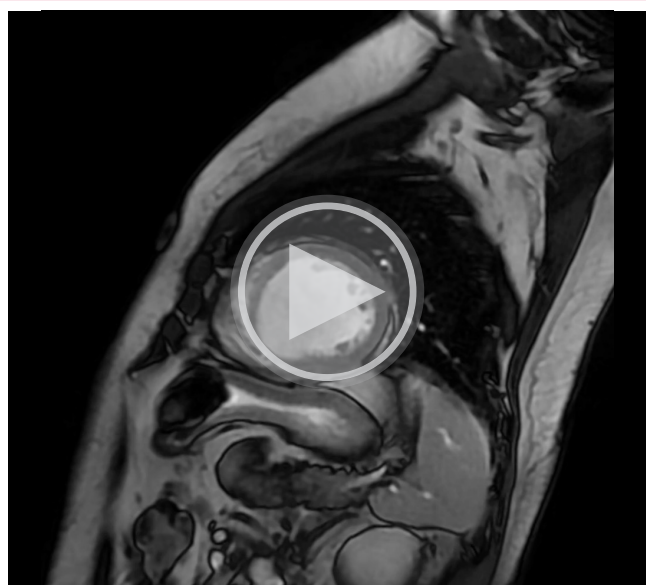
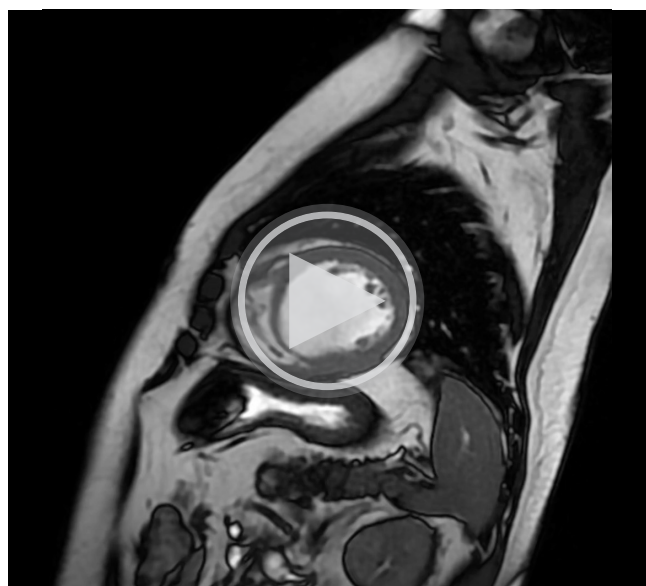


Figura 1. Resonancia magnética. Secuencia en T1 poscontraste en eje corto donde se observa infarto de miocardio transmural en pared anteroseptal, inferoseptal y ápex. Negativo a viabilidad miocárdica con presencia de fenómeno de no reflujo de la microvasculatura.



Video 5. Resonancia magnética. Secuencia de precesión libre FIESTA posadministración de contraste de gadolinio en eje corto segmento medio con evidencia de ruptura miocárdica incompleta de la pared inferoseptal, identificado con marcador anatómico (flecha).



Video 6. Resonancia magnética. Secuencia de precesión libre FIESTA pre contraste en eje corto segmento medio evidenciando hipocinesia severa de pared inferoseptal, en donde se visualiza zona de solución de continuidad incompleta en mismo segmento, identificado con marcador anatómico (flecha).

Como parte del protocolo médico de nuestra unidad, se presentó el caso en sesión médico quirúrgica donde se decidió tratar de manera conservadora, con seguimiento clínico y ecocardiográfico debido a que la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, no se demostró viabilidad en el miocardio infartado y había un elevado riesgo quirúrgico.

La paciente es egresada con tratamiento médico óptimo tanto para cardiopatía isquémica como para insuficiencia cardíaca. Se ha realizado seguimiento de manera semestral, su última consulta se realizó en febrero del presente año con ecocardiograma de control, en el cual no se observa extensión del defecto. Clínicamente la paciente no ha presentado nuevos episodios de angor.

Discusión

La DM resulta de la ruptura de vasos debido a obstrucción microvascular, disminución de la fuerza tensil en el área infartada y aumento de la presión intracavitaria¹.

El ecocardiograma es el método de estudio inicial para realizar el diagnóstico, basado en los criterios descritos por Vargas Barrón, *et al*, sin embargo, en ocasiones es insuficiente por lo que se requiere utilizar otro método diagnóstico².

La resonancia magnética tiene una mejor resolución espacial que permite distinguir el miocardio y la disección al evidenciar una señal hipointensa o negativa al contraste causada por un elevado contenido miocárdico de productos de la degradación de la hemoglobina, ferritina y hemosiderina³.

No hay un consenso acerca del tratamiento óptimo en esta patología. Dependiendo de factores como la edad del paciente, estabilidad hemodinámica, tamaño del hematoma, compromiso del *septum* interventricular, disfunción del VI y derrame pericárdico⁴.

En pacientes con choque cardiogénico, ruptura de la pared libre del VI o taponade cardíaco, la mortalidad es del 90% sin cirugía³. La cirugía permite resecar el área infartada y corregir el defecto, sin embargo, la mortalidad en este tipo de cirugía es el 32 %⁵.

Por otro lado, en una serie de reportes de casos se observó una supervivencia media de 12 meses⁶ y en un artículo de revisión se observó una mejor sobrevida en aquellos pacientes en quienes se consideró un tratamiento conservador⁷.

Conclusión

Presentamos el caso de una DM que requirió el uso de imagen multimodal para hacer el diagnóstico.

En el momento de valorar el tratamiento, se consideró la ausencia de viabilidad, estabilidad hemodinámica y riesgo quirúrgico alto; optando por un manejo conservador y seguimiento estrecho. La paciente se ha mantenido estable y asintomática hasta la fecha.

Ideas para recordar

- La disección intramiocárdica es una complicación rara del infarto de miocardio.
- El diagnóstico se debe realizar con métodos de imagen de manera multimodal.
- Su manejo debe ser de acuerdo con el estado hemodinámico, extensión de la disección y compromiso del VI.
- En pacientes hemodinámicamente estables, el manejo conservador suele ser la mejor opción.

Fuente de financiación

Los autores declaran que no existió ningún tipo de financiación.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen relaciones de interés comercial o personal dentro del marco de la investigación que condujo a la producción del artículo.

Bibliografía

1. Agarwal G, Kumar V, Srinivas KH, Manjunath CN, Bhat P. Left ventricular intramyocardial dissecting hematomas. JACC Case Reports [Internet]. 2021 Jan 1;3(1):94–8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2020.07.038>
2. Vargas-Barrón J, Roldán F-J, Romero-Cárdenas Á, Molina-Carrión M, Vázquez-Antona C-A, Zabalgoitia M, et al. Dissecting intramyocardial hematoma: Clinical presentation, pathophysiology, outcomes and delineation by echocardiography. Echocardiography [Internet]. 2009;26(3):254–61. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-8175.2008.00804.x>
3. Alyousef T, Malhotra S, Iskander F, Gómez J, Basu A, Tottleben J, et al. Left Ventricular Intramyocardial dissecting Hematoma: a multimodality imaging diagnostic approach. Circulation Cardiovascular Imaging [Internet]. 2021 Jul 1;14(7). doi: <https://doi.org/10.1161/circimaging.121.012410>
4. Rossi Prat M, de Abreu M, Reyes G, Wolcan JD, Saenz JX, Kyle D, et al. Intramyocardial dissecting hematoma. JACC Case Rep [Internet]. 2022;4(21):1443–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaccas.2022.07.025>
5. Matteucci M, Formica F, Kowalewski M, Massimi G, Ronco D, Beghi C, et al. Meta-analysis of surgical treatment for postinfarction left ventricular free-wall rupture. J Card Surg [Internet]. 2021;36(9):3326–33. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocs.15701>
6. Vargas-Barrón J, Romero-Cárdenas A, Roldán F-J, Molina-Carrión M, Avila-Casado C, Villavicencio R, et al. Long-term follow-up of intramyocardial dissecting hematomas complicating acute myocardial infarction. J Am Soc Echocardiogr [Internet]. 2005;18(12):1422.e1–1422.e6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.echo.2005.03.010>
7. Leitman M, Tyomkin V, Sternik L, Copel L, Goitein O, Vered Z. Intramyocardial dissecting hematoma: Two case reports and a meta-analysis of the literature. Echocardiography [Internet]. 2018;35(2):260–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/echo.13796>