




# Diseción intramiocárdica apical posinfarto diagnosticada por ecocardiografía transtorácica y resonancia magnética: reporte de caso

Carlos Andrés Castro-Galvis<sup>1</sup> Juan Santiago Serna-Trejos<sup>2</sup> Stefanya Geraldine Bermúdez-Moyano<sup>3</sup> Laura Catalina Rodríguez-Fonseca<sup>4</sup> Edgardo Quiñones-Quiñones<sup>5</sup> José Fernando Vallejo-Díaz<sup>6</sup> 

## Correspondencia

Juan Santiago Serna-Trejos  
[juansantiagosernatrejos@gmail.com](mailto:juansantiagosernatrejos@gmail.com)<sup>1</sup>Medicina de Urgencias. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Cali-Colombia.<sup>2</sup>Medicina Interna. Universidad ICESI, Cali-Colombia.<sup>3</sup>Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario del Valle, Cali-Colombia.<sup>4</sup>Radiología e Imágenes diagnósticas, Universidad del Valle, Cali-Colombia.<sup>5</sup>Medicina Crítica y Cuidado intensivo. Clínica Imbanaco, Cali-Colombia.<sup>6</sup>Radiología e Imágenes diagnósticas, Clínica Imbanaco, Cali-Colombia.

Recibido: 15/09/2025

Aceptado: 20/11/2025

Publicado: 30/04/2026

**Citar como:** Castro-Galvis CA, Serna-Trejos JS, Bermúdez-Moyano SG, Rodríguez-Fonseca LC, Quiñones-Quiñones E, Vallejo-Díaz JF. Diseción intramiocárdica apical posinfarto diagnosticada por ecocardiografía transtorácica y resonancia magnética: reporte de caso. Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2026 Abr; 9 (1): 69-73. doi: <https://doi.org/10.37615/retic.v9n1a13>.

**Cite this as:** Castro-Galvis CA, Serna-Trejos JS, Bermúdez-Moyano SG, Rodríguez-Fonseca LC, Quiñones-Quiñones E, Vallejo-Díaz JF. *Apical intramyocardial dissection after myocardial infarction diagnosed by transthoracic echocardiography and cardiac magnetic resonance: case report.* Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2026 Apr; 9 (1): 69-73. doi: <https://doi.org/10.37615/retic.v9n1a13>.

## Palabras clave

- ▷ Diseción cardíaca.
- ▷ Ecocardiografía.
- ▷ Imagen por resonancia magnética cardíaca.
- ▷ Infarto de miocardio.
- ▷ Informes de casos.

## Keywords

- ▷ Heart dissection.
- ▷ Echocardiography.
- ▷ Cardiac magnetic resonance imaging.
- ▷ Myocardial infarction.
- ▷ Case reports.

## RESUMEN

La diseción miocárdica representa una forma inusual y potencialmente fatal de complicación mecánica tras un infarto agudo de miocardio. Se caracteriza por la separación de las capas del miocardio necrótico y la formación de una cavidad hemática contenida. Presentamos el caso de un paciente con antecedente de revascularización coronaria percutánea, quien desarrolló una diseción confinada al ápex del ventrículo izquierdo. La ecocardiografía transtorácica permitió identificar una neocavidad delimitada por un plano endomiocárdico móvil, hallazgo posteriormente confirmado por resonancia magnética cardíaca, que descartó ruptura libre o comunicación intracavitaria. El paciente fue manejado de forma conservadora, con evolución clínica favorable. Este caso enfatiza el rol crítico de la imagen multimodal en la detección y caracterización estructural de esta entidad, así como en la estratificación del riesgo y la planificación terapéutica. La ecocardiografía, combinada con técnicas avanzadas como la resonancia

## ABSTRACT

*Myocardial dissection represents an unusual and potentially fatal form of mechanical complication after acute myocardial infarction, characterized by the separation of necrotic myocardial layers and the formation of a contained hematic cavity. We present the case of a patient with a history of percutaneous coronary revascularization, who developed a dissection confined to the apex of the left ventricle. Transthoracic echocardiography identified a neocavity delimited by a mobile endomyocardial plane, a finding later confirmed by cardiac magnetic resonance imaging, which ruled out free rupture or intracavitary communication. The patient was managed conservatively, with favorable clinical evolution. This case emphasizes the critical role of multimodal imaging in the detection and structural characterization of this entity, as well as in risk stratification and therapeutic planning. Echocardiography, combined with advanced techniques such as MRI, is an indispensable tool in the management of this rare postischemic complication.*

## Introducción

La diseción intramiocárdica (DIM), también denominada hematoma disecante intramiocárdico, representa una complicación mecánica infrecuente y

potencialmente letal posterior al infarto agudo de miocardio (IAM). Se define como la formación de una cavidad dentro del espesor miocárdico causada por infiltración hemática en el tejido necrótico, que diseca los planos entre las fibras miocárdicas sin perforar completamente la pared ventricular<sup>1</sup>. La fisiopatología se ha relacionado con necrosis transmural extensa, disrupción microvascular y daño por reperfusión, mecanismos que comparten elementos con el espectro

de ruptura miocárdica posinfarto<sup>2</sup>. En estudios *post mortem*, se han identificado hematomas disecantes asociados a ruptura posinfarto, lo que respalda su potencial gravedad y desenlace fatal<sup>3</sup>.

Desde el punto de vista clínico, la DIM presenta un curso heterogéneo y puede progresar hacia pseudoaneurisma, ruptura cardíaca, defectos septales complejos o incluso muerte súbita, aunque también se han descrito casos con estabilización o resolución espontánea (Figura 1)<sup>4,5</sup>. Esta variabilidad dificulta el diagnóstico clínico, por lo que el reconocimiento temprano depende fundamentalmente de la imagen cardíaca. La ecocardiografía transtorácica (ETT) constituye la modalidad inicial de elección por su disponibilidad y capacidad para identificar neocavidades y *flaps* endomiocárdicos<sup>6</sup>. La resonancia magnética cardíaca (RMC) complementa la evaluación, aportando caracterización tisular y delimitación anatómica, lo que permite excluir comunicación intracavitaria y estratificar el riesgo<sup>7</sup>. Este caso es único por documentar una DIM apical contenida posrevascularización, destacando el rol decisivo de la imagen multimodal en la toma de decisiones terapéuticas.

## Información clínica del paciente

Varón de 56 años. Antecedente de IAMSEST en diciembre de 2023, tratado con intervención coronaria percutánea (ICP) e implante de stents liberadores de fármacos en arterias descendente anterior (ADA) y circunfleja (CX). Fue dado de alta sin complicaciones bajo doble antiagregación plaquetaria. Durante el seguimiento ambulatorio se documentó adherencia subóptima al tratamiento. En septiembre de 2024 reingresó por angina típica de reciente comienzo.

## Hallazgos clínicos relevantes

El paciente consultó por dolor torácico opresivo con características típicas de angina, sin otros datos clínicos de alarma consignados. El electrocardiograma evidenció supradesnivel del segmento ST en derivaciones precordiales anteriores (V3-V4), consistente con evento isquémico agudo del territorio anterior. Se indicó coronariografía urgente ante la sospecha de reestenosis o trombosis del stent en ADA. El procedimiento confirmó reestenosis significativa del stent previamente implantado en ADA y se realizó revascularización coronaria percutánea con éxito técnico, sin complicaciones inmediatas.

Durante la vigilancia en la unidad de cuidados intensivos se realizó una evaluación por imagen cardíaca dada la magnitud del evento, el deterioro de la función ventricular esperado y el riesgo de complicaciones mecánicas posinfarto. Se efectuó un ecocardiograma transtorácico de control que evidenció disfunción sistólica severa, dilatación del ventrículo izquierdo y alteraciones ex-

tras de contractilidad con adelgazamiento apical, hallazgos que sustentaron un estudio detallado del ápex y la búsqueda estructurada de complicaciones. El hallazgo ecocardiográfico clave fue una imagen sugestiva de disección intramiocárdica contenida. Se realizó resonancia magnética cardíaca para la confirmación diagnóstica y la estratificación pronóstica.

## Línea de tiempo

En la **Tabla 1** se puede observar la cronología del caso clínico.

## Evaluación diagnóstica por imagen cardíaca

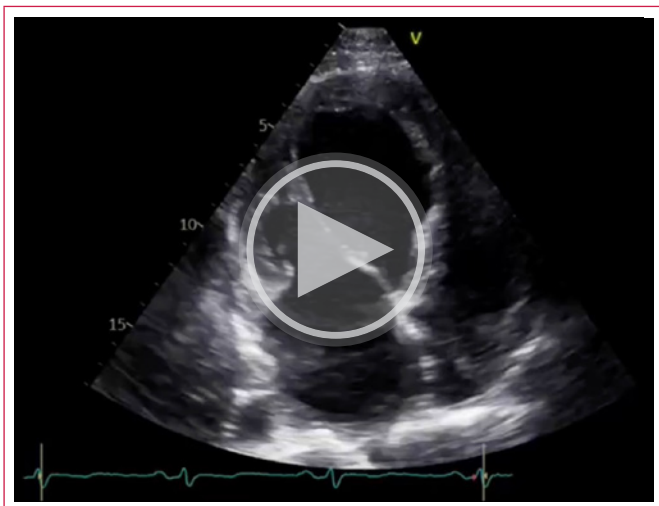
Se realizó una ecocardiografía transtorácica (ETT) como modalidad inicial para la evaluación estructural y hemodinámica posevento isquémico. El estudio evidenció fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida al 32%, con dilatación severa del ventrículo izquierdo (volumen telediastólico de 201 mL y volumen telesistólico de 136 mL). Se identificó acinesia con adelgazamiento transmural de los segmentos apicales de todas las paredes, así como acinesia de la pared anterior y septal anterior en segmentos medios y basales, con preservación del resto de los segmentos.

El hallazgo decisivo fue la presencia de una separación aproximada de 8 mm entre el endocardio y el resto de la pared ventricular en el ápex, configurando una estructura en forma de medialuna, delimitada por un plano endomiocárdico móvil (*flap*), extendiéndose hacia el segmento medio de la pared septal anterior. Estos hallazgos fueron compatibles con una disección intramiocárdica apical contenida (Videos 1 y 2). No se observaron trombos intracavitarios ni derrame pericárdico, elementos relevantes para excluir ruptura libre y disminuir la sospecha de taponamiento. El patrón de llenado transmitral sugirió una fisiología restrictiva, compatible con la elevación de la presión telediastólica del ventrículo izquierdo (VI).

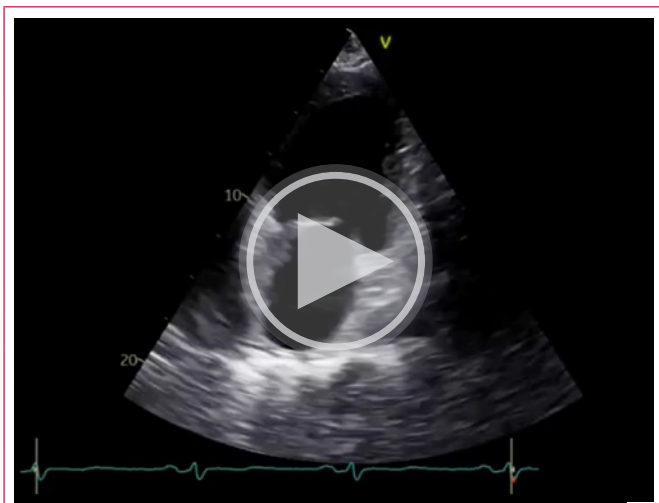
Los diagnósticos diferenciales incluyeron pseudoaneurisma, ruptura subaguda contenida, hematoma intramural y trombo apical organizado. La ETT puede presentar limitaciones para la caracterización tisular y para delimitar con precisión el grosor miocárdico remanente y la extensión del plano disecante, por lo que se indicó resonancia magnética cardíaca (RMC) como modalidad complementaria. La RMC confirmó un hematoma disecante intramiocárdico confinado al ápex del ventrículo izquierdo, con medición aproximada de 45 × 16 mm, sin evidencia de ruptura libre ni comunicación con la cavidad ventricular (Videos 3 y 4). La secuencia de realce tardío con gadolinio delimitó necrosis transmural apical y aportó información de viabilidad de segmentos adyacentes, permitiendo la estratificación pronóstica y respaldando el enfoque conservador.

| Fecha     | Evento clínico       | Procedimiento / hallazgo                         | Imagen cardíaca    |
|-----------|----------------------|--|--------------------|
| Dic 2023  | IAMSEST              | ICP con stents en ADA y circunfleja              | Coronariografía    |
| 2023-2024 | Seguimiento          | Adherencia subóptima a tratamiento               | —                  |
| Sep 2024  | Reingreso por angina | ECG: elevación ST V3-V4                          | Electrocardiograma |
| Sep 2024  | Cateterismo urgente  | Reestenosis stent ADA; nueva ICP exitosa         | Coronariografía    |
| Post-ICP  | Vigilancia en UCI    | FEVI 32%, dilatación severa, sospecha DIM apical | ETT (Videos 1 y 2) |
| Posterior | Confirmación         | Hematoma disecante intramiocárdico contenido     | RMC (Videos 3 y 4) |

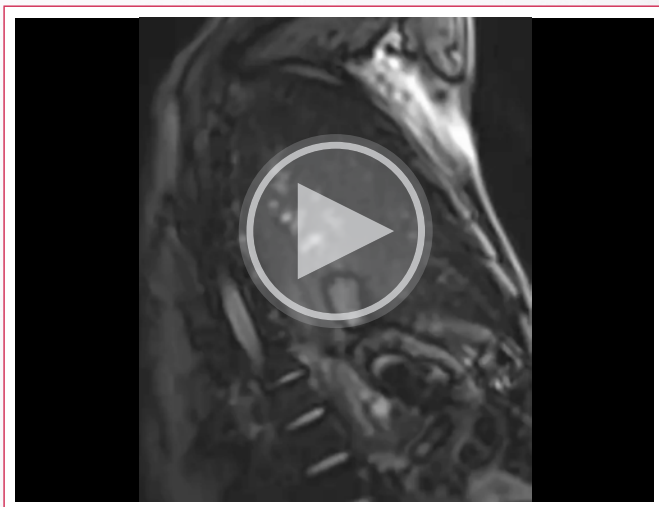
\*ADA: arteria descendente anterior; DIM: disección intramiocárdica; ECG: electrocardiograma; ETT: ecocardiografía transtorácica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST; ICP: intervención coronaria percutánea; RMC: resonancia magnética cardíaca.



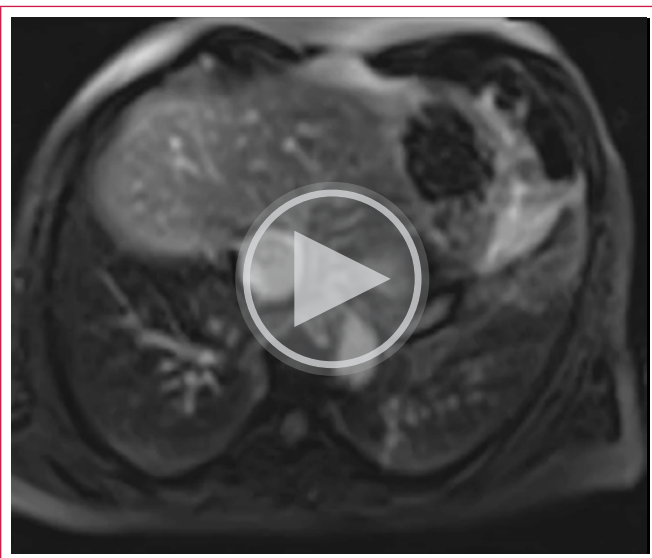
**Video 1.** Ecocardiografía transtorácica. Neocavidad apical en forma de medialuna delimitada por plano endomiocárdico móvil, sin comunicación intracavitaria.



**Video 2.** Ecocardiografía transtorácica. Neocavidad apical en forma de medialuna delimitada por plano endomiocárdico móvil, sin comunicación intracavitaria.



**Video 3.** Resonancia magnética cardíaca, secuencia cine. Separación de planos miocárdicos en segmentos apical anterior y apical septal con hematoma (45 x 16 mm) y halo de hemosiderina.



**Video 4.** Resonancia magnética cardíaca, secuencia cine. Separación de planos miocárdicos en segmentos apical anterior y apical septal con hematoma (45 x 16 mm) y halo de hemosiderina.

## Seguimiento clínico y resultados

Después de la confirmación diagnóstica de DIM apical contenida mediante imagen multimodal, el paciente permaneció bajo vigilancia estrecha en la unidad de cuidados intensivos. Dado que no presentó deterioro hemodinámico, signos clínicos de taponamiento ni evidencia ecocardiográfica de derrame pericárdico, se seleccionó un enfoque conservador. Este incluyó la optimización del tratamiento médico para cardiopatía isquémica y disfunción ventricular izquierda, junto con una monitorización clínica estricta.

El seguimiento por imagen se planteó como eje central de la conducta terapéutica. La ecocardiografía seriada permitió vigilar la estabilidad del hematoma, la ausencia de expansión de la cavidad disecante y la exclusión de comunicación intracavitaria o pseudoaneurisma.

Durante la evolución intrahospitalaria no se documentaron arritmias sostenidas, dolor torácico recurrente ni progresión estructural del plano de disección. El curso clínico se consideró favorable, apoyando la continuidad del manejo conservador. La estabilidad y ausencia de progresión estructural reforzaron que, en casos seleccionados de disección apical contenida sin ruptura epicárdica, el tratamiento no quirúrgico puede ser apropiado siempre que exista seguimiento estricto y capacidad de intervención oportuna ante cambios clínicos o imagenológicos.

## Discusión

La DIM constituye una complicación mecánica infrecuente del IAM y se considera parte del espectro de ruptura miocárdica contenida. Se define como la formación de una cavidad neoformada dentro del espesor del miocardio secundaria a infiltración hemática en tejido necrótico, disecando planos miocárdicos sin perforación transmural completa<sup>1</sup>. Su fisiopatología se vincula a necrosis extensa, pérdida de integridad microvascular y daño por reperfusión, mecanismos que se superponen con la ruptura posinfarto<sup>2</sup>. En estudios *post mortem*, se han descrito hematomas disecantes asociados a ruptura posinfarto, lo cual apoya su potencial letalidad<sup>3</sup>.

La DIM puede evolucionar hacia ruptura libre, pseudoaneurisma o defectos septales complejos; sin embargo, también se han reportado casos con estabilización e incluso regresión espontánea<sup>4</sup>. Su incidencia clínica es baja y su presentación puede variar desde hallazgos incidentales hasta colapso hemodinámico o muerte súbita<sup>5</sup>. Este comportamiento heterogéneo explica la dificultad diagnóstica y el subregistro en la práctica clínica.

El manejo continúa siendo controvertido. La ausencia de consenso se relaciona con la rareza de la entidad, la heterogeneidad anatómica y la variabilidad clínica. En general, la inestabilidad hemodinámica, el aumento progresivo del hematoma, la presencia de derrame pericárdico o signos de ruptura libre constituyen argumentos para la intervención quirúrgica<sup>6</sup>. En reportes contemporáneos se ha planteado que algunos casos requieren cirugía precoz, especialmente cuando existe compromiso estructural extenso o progresión<sup>7</sup>. No obstante, en disecciones contenidas y clínicamente estables, el manejo conservador con imagen seriada puede ser razonable<sup>8</sup>.

## Conclusión

La disección intramiocárdica es una complicación mecánica rara del infarto agudo de miocardio, asociada a elevada morbimortalidad y con presentación clínica variable. En este caso, la ecocardiografía transtorácica permitió la detección temprana de una disección intramiocárdica apical contenida mediante la identificación de una neocavidad delimitada por un *flap* endomiocárdico, sin comunicación con la cavidad ventricular ni derrame pericárdico. La resonancia magnética cardíaca complementó la evaluación mediante caracterización anatómica y tisular, confirmando un hematoma disecante intramiocárdico y descartando ruptura libre o pseudoaneurisma. La estabilidad clínica y la ausencia de progresión estructural justificaron un enfoque conservador con seguimiento estrecho.

Un abordaje estructurado basado en la estabilidad hemodinámica y la integración de hallazgos por imagen permite decidir oportunamente entre el manejo médico y la intervención quirúrgica, optimizando el pronóstico y previniendo complicaciones fatales en esta entidad infrecuente (Figura 2).



Figura 1. Principales complicaciones de la disección intramiocárdica.

## Ideas para recordar

- La DIM es una forma infrecuente de ruptura miocárdica contenida y puede aparecer tras infartos extensos, incluso posrevascularización.
- La ETT permite identificar neocavidades y *flaps* endomiocárdicos; debe realizarse ante deterioro ventricular o sospecha de complicación mecánica.
- La RMC es clave para confirmar hematoma disecante, caracterizar tejido y excluir pseudoaneurisma o ruptura libre.
- El manejo conservador es posible si existe estabilidad hemodinámica y disección contenida, con vigilancia estricta por imagen.

## Declaración CARE

Este reporte de caso se elaboró de acuerdo con las CARE *Case Report Guidelines*.



Figura 2. Algoritmo diagnóstico-terapéutico de la disección intramiocárdica (DIM) posinfarto.

## Consentimiento informado

Los autores confirman que se obtuvo consentimiento por escrito de los pacientes para la presentación y publicación del caso, incluidas las imágenes y el texto asociado, de conformidad con las directrices del COPE.

## Fuente de financiación

Los autores declaran que no existió ningún tipo de financiamiento.

## 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 reporte de caso.

## Bibliografía

1. Hajsadeghi S, Amirfarhangi A, Pakbaz M, *et al*. Postinfarction intramyocardial dissection, an interesting case report and systematic review. *Echocardiography*. 2020;37(1):124-31. <https://doi.org/10.1111/echo.14565>
2. Hrudka J. Intramyocardial dissecting hematoma: fatal complication of reperfusion damage in myocardial infarction – an autopsy case report. *Cardiovasc Pathol*. 2020;44:107151. <https://doi.org/10.1016/j.carpath.2019.107151>
3. Vargas-Barrón J, Roldán FJ, Romero-Cárdenas Á, *et al*. Intramyocardial dissecting hematoma and postinfarction cardiac rupture. *Echocardiography*. 2013;30(1):106-13. <https://doi.org/10.1111/echo.12017>
4. Zavar R. Intramyocardial dissecting hematoma: A systematic review and pooled analysis of available literature. *ARYA Atheroscler*. 2024;20(1):62-71. <https://doi.org/10.48305/arya.2023.42244.2927>
5. Rossi Prat M, de Abreu M, Reyes G, *et al*. Intramyocardial Dissecting Hematoma: A Mechanical Complication Needing Surgical Therapy? *JACC Case Reports*. 2022;4(21):1443-8. <https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2022.07.025>
6. Alyousef T, Malhotra S, Iskander F, *et al*. Left Ventricular Intramyocardial Dissecting Hematoma: A Multimodality Imaging Diagnostic Approach. *Circ Cardiovasc Imaging*. 2021;14(7):E012410. <https://doi.org/10.1161/CIRCIMAGING.121.012410>
7. Pandey NN, Sinha M, Shaw M, *et al*. Spontaneous Isolated Left Ventricular Intramyocardial Dissection. *Ann Thorac Surg*. 2020;109(4):e313. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2019.09.066>
8. Tighe DA, Paul JJ, Maniet AR, *et al*. Survival in infarct related intramyocardial dissection: Importance of early echocardiography and prompt surgery. *Echocardiography*. 1997;14(4):403-8. <https://doi.org/10.1111/j.1540-8175.1997.tb00742.x>