

Características clínicas y evolución intra-hospitalaria en rotura ventricular secundaria a síndrome coronario agudo



Clinical features and in-hospital outcome of ventricular rupture secondary to acute coronary syndrome

La rotura ventricular es una complicación del infarto agudo de miocardio con una mortalidad muy elevada, de hasta un 80%^{1,2}. Con la finalidad de comprender mejor los posibles factores predisponentes de esta complicación, se analizó una serie de casos con rotura ventricular asociada a un síndrome coronario agudo (SCA). Se estudiaron las características clínicas de los enfermos, el tratamiento que recibieron y su evolución intrahospitalaria. Los pacientes se dividieron en 2 grupos, de acuerdo a la localización de la rotura: grupo A, en el *septum* interventricular y grupo B en la pared libre del ventrículo izquierdo.

De un total de 6,116 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez por un SCA entre los años 2006 y 2012, 35 (0.6%) tuvieron rotura ventricular, de los cuales 26 (74%) se localizaron en el *septum* interventricular y 9 (26%) en la pared libre del ventrículo izquierdo. No hubo diferencias entre los grupos A y B en sus características clínicas y factores de riesgo coronario (tabla 1). Interesantemente, el 11% de los pacientes tuvieron rotura ventricular con SCA sin elevación

del segmento ST. Las principales complicaciones observadas durante la estancia intra-hospitalaria de los pacientes se describen en la tabla 2. La única diferencia entre ambos grupos fue la mortalidad, que fue mayor en el grupo B.

De las características clínicas de los pacientes, destacó lo siguiente: el promedio de edad fue de 66 años (intervalo 55-75 años), la mayoría fueron varones, y todos estaban en peso normal o sobrepeso, pero ninguno obeso o desnutrido. De los factores de riesgo cardiovascular, diabetes mellitus (54%) o hipertensión arterial (51%) estuvieron presentes en más de la mitad de los casos que tuvieron rotura ventricular. Antecedentes tales como infarto previo, angioplastia o cirugía de revascularización previos, no tuvieron una incidencia relevante. De las características clínicas analizadas no hubo alguna con diferencia estadísticamente significativa entre los grupos A y B.

La mortalidad total en esta serie fue del 74%. El grupo B tuvo una mortalidad del 100%, todos ellos debido a choque mixto, cardiogénico e hipovolémico. Hubo una diferencia estadísticamente significativa con el grupo A, en el que la mortalidad fue del 65% ($p=0.04$).

Algunas observaciones clínicas interesantes pueden obtenerse del análisis de esta serie de casos. En primer lugar, la incidencia de rotura ventricular como complicación mecánica del SCA fue menor del 1%, comparable con otras series³. En segundo lugar, se encontró que la rotura ventricular no es exclusiva del infarto agudo con elevación del segmento ST, debido a que el 11% de los que tuvieron rotura ventricular fueron casos de angina inestable o infartos sin elevación del ST, aunque esta diferencia entre ambos grupos no tuvo significación estadística⁴. Tercero, a diferencia de otras series

Tabla 1 Datos demográficos y factores de riesgo en pacientes con rotura ventricular asociada a síndrome coronario agudo

Características clínicas	Grupo total n = 35	Rotura del septum n = 26	Rotura pared libre n = 9
Edad (años)	66 ± 7	64 ± 7	68 ± 6
Índice de masa corporal	25.47 ± 3.57	25.29 ± 3.74	25.99 ± 3.18
Varones	26 (74%)	19 (73%)	7 (78%)
Tabaquismo actual/previo	11 (31%)/14 (40%)	9 (35%)/10 (38.5%)	2 (22.2%)/4 (44%)
Dislipidemia	8 (23%)	7 (27%)	1 (11%)
Hipertensión arterial	18 (51%)	12 (46%)	6 (67%)
Diabetes mellitus	19 (54%)	15 (58%)	4 (44%)
Infarto previo >mayor de un mes	7 (20%)	7 (27%)	0
<i>Tipo de síndrome coronario agudo</i>			
Con elevación del ST	31 (89%)	24 (92%)	7 (78%)
Sin elevación del ST	4 (11%)	2 (8%)	2 (22%)

Tabla 2 Mortalidad de acuerdo con el sitio de rotura ventricular en síndrome coronario agudo

	Grupo total n = 35	Rotura del septum n = 26	Rotura pared libre n = 9	Valor de p
Mortalidad	26 (74.3%)	17 (65.4%)	9 (100%)	0.04
<i>Causas de muerte</i>				
Choque	19 (54.28%)	10 (38.46%)	9 (100%)	0.001
Taquicardia ventricular	5 (14.28%)	5 (19.23%)	0	0.297
Infección	2 (5.71%)	2 (7.69%)	0	1.000

informadas en la literatura, en la presente se encontró que en la mayoría de los casos el sitio de infarto fue en la pared inferior⁵.

En conclusión, a pesar de una atención especializada en un centro hospitalario de tercer nivel, la rotura ventricular secundaria a un SCA es aun una complicación con alta letalidad, sobre todo si ocurre en un territorio no reperfundido de la pared libre del ventrículo izquierdo.

Bibliografía

1. Menon V, Webb JG, Hillis LD, et al. Outcome and profile of ventricular septal rupture with cardiogenic shock after myocardial infarction: A report from the SHOCK Trial Registry. Should we emergently revascularize Occluded Coronaries in cardiogenic shock? J Am Coll Cardiol. 2000;36 3 Suppl A:S1110-6.
2. Godínez-Valdez VH, Cázarez-Campos I, Aranda-Fraustro A, et al. Cardiac rupture in a patient with an acute myocardial infarction and extensive fatty infiltration of the heart (adipositas cordis). Int J Cardiol. 2012;154:e62-4.
3. Moreyra AE, Huang MS, Wilson AC, et al. Trends in incidence and mortality rates of ventricular septal rupture during acute myocardial infarction. Am J Cardiol. 2010;106:1095-100.
4. Rojas-Velasco G, Lerma C, Arias-Mendoza A, et al. Características clínicas, modalidades de tratamiento y mortalidad en la ruptura del septum interventricular posinfarto. Arch Cardiol Méx. 2011;81:197-203.
5. Koh AS, Loh YJ, Lim YP, et al. Ventricular septal rupture following acute myocardial infarction. Acta Cardiol. 2011;66: 225-30.

Norma Ordoñez-García^a, Manlio F. Márquez^{b,*}
y Héctor González-Pacheco^c

^a Departamento de Enseñanza Médica, Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez», México D.F., México

^b Departamento de Electrofisiología, Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez», México D.F., México

^c Departamento de Unidad Coronaria, Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez», México D.F., México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manlio.marquez@gmail.com
(M.F. Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2015.04.006>