

Rotura cardiaca durante la prueba de esfuerzo

Sr. Editor:

La rotura cardiaca durante la prueba de esfuerzo tiene una incidencia baja y poco comunicada, con menos de una decena de casos descritos en la literatura científica. Presentamos un caso de rotura de pared libre ventricular izquierda, a la semana de un infarto agudo de miocardio (IAM) no transmural, al realizar una prueba de esfuerzo convencional.

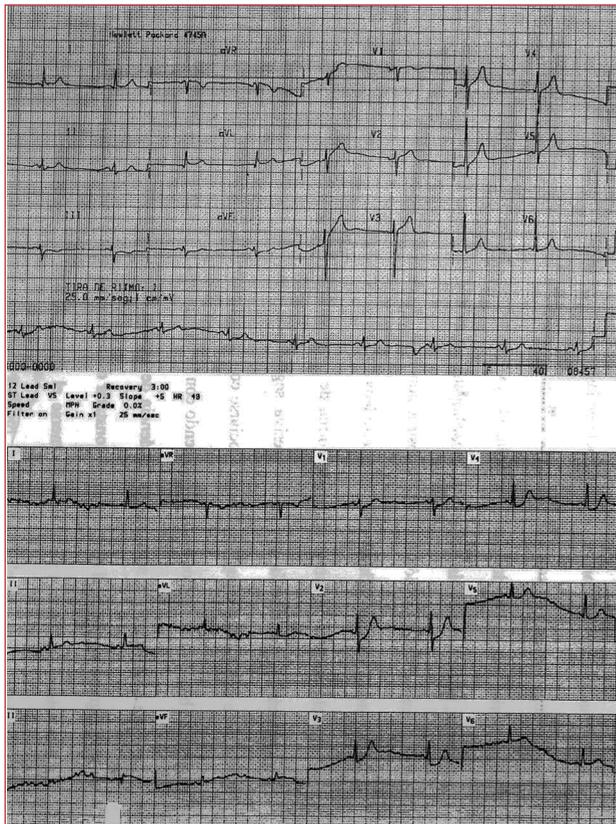


Fig. 1. Electrocardiograma en el momento del ingreso y a los 3 min de finalizar el ejercicio, cuando presenta disociación electromecánica. Destaca el descenso del segmento ST de V1 a V4 y el aumento del voltaje de R en V2 y V3.

Varón de 70 años, ex fumador, sin otros factores de riesgo cardiovascular, que en mayo de 2002 ingresó por dolor precordial de características coronarias, de 1 h de duración, con mínimo descenso del segmento ST en D2, D3 y aVF y elevación de la concentración de la isoenzima MB de la creatincinasa (CK-MB) (1.256/65 U/l). Fue diagnosticado de IAM sin onda Q y tratado con heparina en dosis antico-

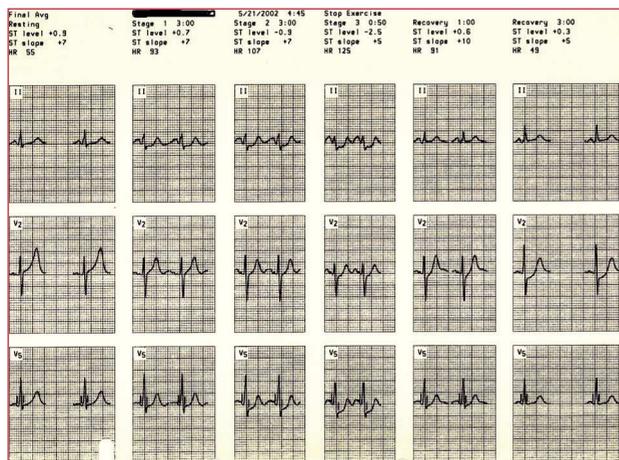


Fig. 2. Secuencia electrocardiográfica de la ergometría.

agulantes, aspirina, nitratos y atenolol. El ecocardiograma realizado a los 4 días mostró hipocinesia inferolateral con una fracción de eyección normal. El paciente se mantuvo asintomático sin cambios en el electrocardiograma (ECG). A los 7 días se realizó una ergometría según el protocolo de Bruce, sin que presentara angina, pero sí descenso del segmento ST de 2 mm en V4-V5 y V6 a los 6 min y 50 s (el 83% de la frecuencia cardiaca teórica máxima), deteniéndose la prueba. A los 3 min del reposo, presentó dolor intenso en la espalda, mareo, obnubilación y pérdida de conciencia y pulso, con bradicardia sinusal, persistencia de la depresión del segmento ST y aumento del voltaje de R en V2 y V3 (figs. 1 y 2). Se iniciaron maniobras de reanimación y aporte de líquidos. El ecocardiograma objetivó importante derrame pericárdico. La extracción de 15 ml de sangre durante la pericardiocentesis logró recuperar la presión arterial y la frecuencia cardiaca. Fue trasladado a la unidad coronaria y siguió un buen curso con tratamiento conservador. A los 4 años del episodio se encuentra asintomático.

La rotura de la pared libre ventricular, 10 veces más habitual que la del septo o los músculos papilares, es una complicación infrecuente del IAM, con una elevada mortalidad. Tiene una presentación bimodal con mayor incidencia en las primeras 24 h y otro pico a los 3-6 días. Probablemente, en nuestro caso la rotura se produjo en fase muy precoz de un reinfarcto posterior ocurrido durante la ergometría, cuando los miocitos no están necrosados pero sí severamente isquémicos. La fibrinólisis tardía, la edad avanzada, el sexo femenino, la hipertensión, la ausencia de historia previa de cardiopatía isquémica, un primer IAM transmural, el marcado ascenso del segmento ST, la localización anterior, la obstrucción de la arteria causante y el uso de corticosteroides o antiinflamatorios no esteroideos aumentan el riesgo^{1,2}.

Suele presentarse como un taponamiento cardiaco con disociación electromecánica, bradicardia sinusal progresiva seguida de ritmo de escape, cianosis en esclavina e ingurgitación yugular. Puede asociarse con el ejercicio (tos, defecación, vómitos), pero se han comunicado pocos casos coincidiendo con la ergometría³. Aunque la prueba de esfuerzo a la semana del IAM es segura, se ha descrito una incidencia de IAM o rotura cardiaca del 0,3%⁴. El ecocardiograma confirma el diagnóstico al constatar derrame pericárdico y ausencia de movimiento cardiaco a pesar de mantenerse el ritmo sinusal. La pericardiocentesis inmediata asociada a aporte de volumen y la reparación quirúrgica pueden salvar a algunos enfermos. Algunos grupos postulan un tratamiento conservador⁵.

El interés del caso radica en una complicación infrecuente pero severa de la ergometría, en un paciente que inicia la enfermedad con una pequeña necrosis, probablemente inferior, sin elevación del segmento ST (característica inhabitual), presentando en la ergometría cambios electrocardiográficos indicativos de infarcto posterior y rotura de la pared libre del ventrículo izquierdo, con supervivencia del paciente sin tratamiento quirúrgico a los 4 años del episodio.

Mercedes Camprubí, Jordi Mercé
y Alfredo Bardají

Servicio de Cardiología.
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cortadellas J, Figueras J. Modifica la reperfusión el riesgo de ruptura cardíaca? Efectos de la reperfusión precoz. *Rev Esp Cardiol.* 1992;45 Supl 2:66-71
2. Cordero A, Artaiz M, Calabuig J. Rotura de la pared libre del ventrículo izquierdo tras reperfusión coronaria percutánea de un infarto de miocardio evolucionado. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:82-3.
3. Ripoll T, Fernández C, Forteza JF, Bonnín O, Casanova J, Bethencourt A. Supervivencia a rotura cardíaca recurrente de pared libre ventricular izquierda, con presentación atípica tras ergometría postinfarto. *Rev Esp Cardiol.* 2002;55:74-6.
4. Arós F, Boraíta A, Alegría E, Alonso AM, Bardají A, Lamiel R, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en pruebas de esfuerzo. *Rev Esp Cardiol.* 2000;53:1063-94.
5. Figueras J, Cortadellas J, Soler-Soler J. Left ventricular free wall rupture: clinical presentation and management. *Heart.* 2000;83:499-504.