

## ESQUEMAS BÁSICOS DE PATOLOGÍA.

### ANEURISMA CARDIACO.

El **Aneurisma Cardíaco** constituye una de las complicaciones del infarto agudo de miocardio. Puede diagnosticarse ya desde el inicio del infarto, aunque es habitual que sea una complicación tardía. Definido como un abombamiento localizado en la pared libre del ventrículo izquierdo, se origina por la presión que la sangre ejerce dentro de la cavidad ventricular sobre una pared débil, progresivamente adelgazada y distensible, debido a su necrosis y progresiva sustitución fibrótica. La frecuencia de esta complicación se estima entre el 5% y el 38 % de los infartos.

En el 80 % de las ocasiones se localiza en la pared antero-apical, aunque es también posibles su situación inferior o posterior.

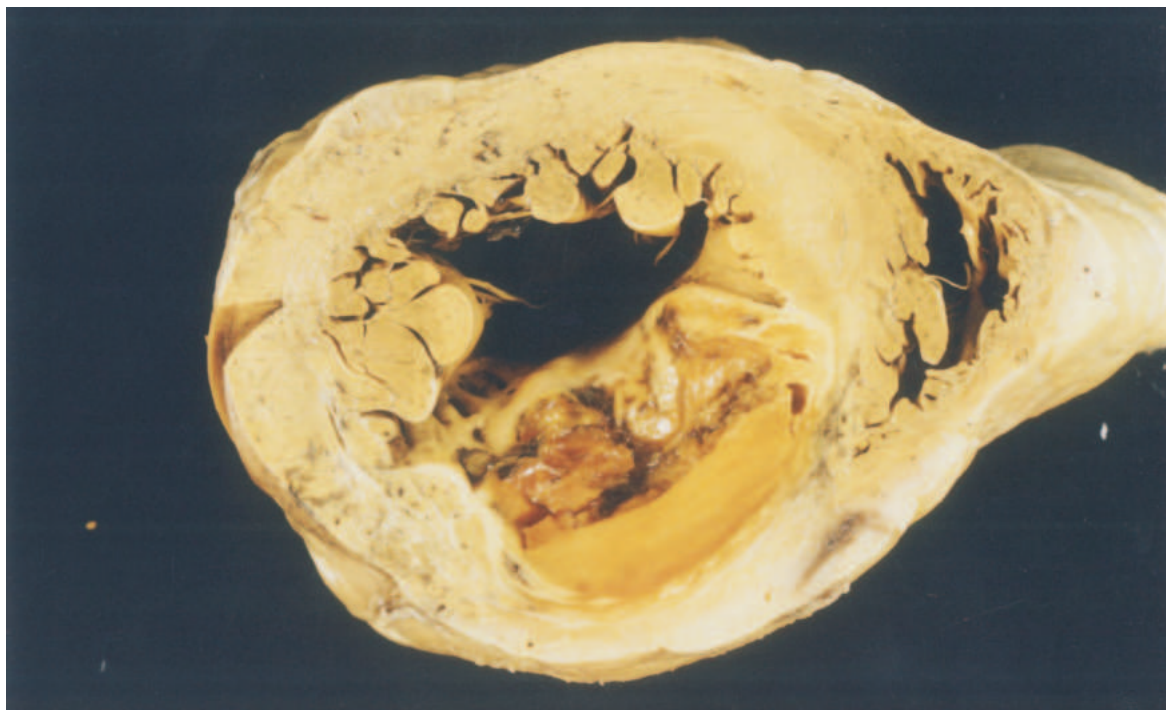
Parece ser que las pequeñas alteraciones tempranas detectadas tras el infarto, a veces

simples disquinesias funcionales, propician el terreno para el posterior desarrollo del aneurisma, ya sobre una pared cicatricial.

Por otra parte, los aneurismas "funcionales" (en el diagnóstico en vida sólo protruyen durante la sístole) no se ven posteriormente en el examen autopsico, apareciendo por necrosis transmural extensa con pérdida de la contractibilidad de los miocitos necróticos, siendo más frecuentes en los infartos anteriores. Mientras, los aneurismas "anatómicos" (protruyen en ambas fases sistólica y diastólica) son los que podrán comprobarse en el examen postmortem.

La rotura del aneurisma es rara, exceptuando los momentos iniciales tras el infarto. Asimismo, es infrecuente un nuevo infarto en esta misma zona.

Macroscópicamente vamos a comprobar un área dilatada, generalmente en la pared anterior y apical del ventrículo izquierdo. Con una pared



A-dilatación aneurismática en la cara anterior apical del VI, con trombo organizado.

delgada formada esencialmente por colágeno, si bien es posible el hallazgo de lipomatosis, miocitos hipertróficos y material necrótico (éste en las fases iniciales). En ocasiones, la superficie interna tiene un aspecto blanquecino "en porcelana", por fibroelastosis endocárdica.

Sobre la superficie interna del aneurisma es habitual la formación de trombos organizados. En ocasiones, con el paso del tiempo, la pared habrá llegado a calcificarse. Ambos sucesos, trombo organizado y calcificación de la pared, se observan en las imágenes que sirven de ejemplo.

Ya en la inspección inicial llamará la atención las adherencias pericárdicas, relacionadas con la pericarditis postinfarto. En general, van a estar afectados al menos dos vasos coronarios principales, junto a unas colaterales pobres, como corresponde a un infarto amplio, que es el propicio para la formación del aneurisma. El resto de la cavidad ventricular no aneurismática

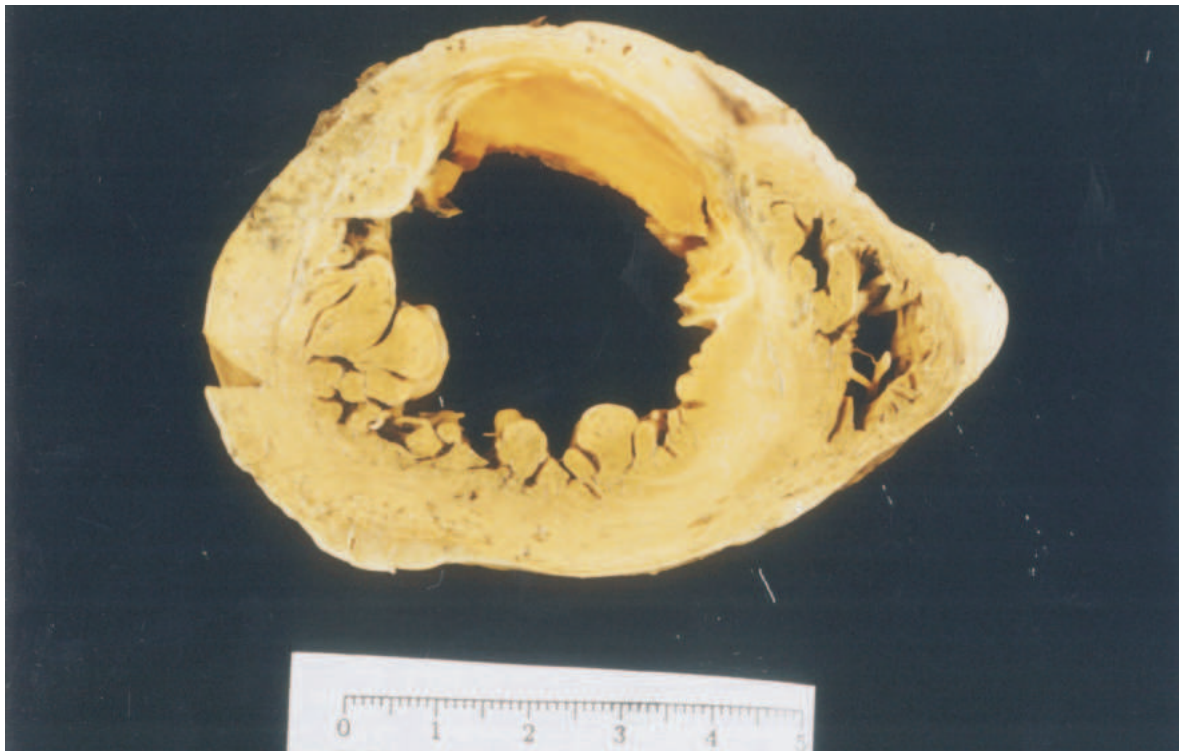
suele estar dilatada y su pared hipertrófica.

El índice de mortalidad por infarto se eleva de forma importante bajo esta complicación, hasta seis veces, fundamentalmente por insuficiencia cardiaca consecutiva a una función ventricular deficitaria. La muerte puede presentarse súbitamente, pues el área aneurismática constituye una fuente potencialmente arritmogénica.

Por tanto, ante una muerte de curso súbito el hallazgo de un aneurisma cardiaco en el examen autopsico, en ausencia de otros hallazgos más relevantes, va a ser suficiente para poder explicar la causa a través de una alteración letal del ritmo cardiaco (taquicardia o fibrilación ventricular).

AGUILERA B.<sup>1</sup>, DORADO E.<sup>2</sup>.

- 1 Beatriz Aguilera. Especialista en Anatomía Patológica. I.N.T. (Madrid).
- 2 Enrique Dorado. Médico forense.



B-sección de la misma muestra, tras retirar el trombo, distinguiéndose el marcado adelgazamiento de la pared (la mayor parte del grosor corresponde a grasa epicárdica), que aparece protuída y calcificada.

Esquemas básicos de patología. AGUILERA B. DORADO E.