

Isquemia aguda persistente (IAP)

Esta entidad clínica no ha sido reconocida por muchos autores, pero se caracteriza sobre todo por 1 o 2 episodios de angor prolongado, con inversión persistente de la onda T en el ECG, por lo regular en la cara anterior, sin elevación enzimática o de hasta el 50% con respecto a los valores basales. En un análisis prospectivo que incluyó 41 pacientes (1) se analizó la evolución hospitalaria y alejada. **Durante la internación**, el 66% permaneció asintomático, el 32% tuvo episodios anginosos y solo se registró una incidencia de IAM en el 2%. No hubo muertes ni presencia de insuficiencia cardíaca. Comparada con los otros cuadros de AI, observamos que la IAP se caracteriza por poseer identidad propia, con una baja incidencia de IAM, sin muertes ni insuficiencia cardíaca, pero con una tasa elevada de eventos isquémicos. En el análisis de la evolución de 24 pacientes tampoco se produjo insuficiencia cardíaca o mortalidad (teniendo en cuenta que varios fueron operados), estando el 52% asintomático, pero habiendo presentado eventos anginosos el 48% (con 2% de IAM) . Al igual que en la etapa hospitalaria, el cuadro presenta gran incidencia de angina, con escasos eventos mayores y una evolución predecible, ya que los sujetos que tuvieron IAM durante el seguimiento presentaron síntomas con anterioridad . La angiografía realizada en 29 casos mostró lesión de 1 vaso en 15, compromiso no significativo o coronarias normales en 5 y participación de 2 o 3 vasos en los 9 restantes. Además, 25 de los enfermos presentaron obstrucción proximal grave de la arteria descendente anterior, con un valor predictivo positivo del 72% . La mayoría tenía función ventricular conservada. Las ondas T negativas constituyen la "memoria" de un evento isquémico serio, corroborado por la positividad del 25% mediante captación miocárdica con pirofosfato de tecnecio. Esta positividad confirma que esta isquemia aguda transitoria con ondas T negativas persistentes (de ahí el nombre isquemia aguda persistente) presenta en algunos casos la gravedad suficiente como para producir pequeños grados de necrosis, quizás intramural, en un grado inferior a la producida en los individuos con IAM tipo T, donde ya se registra elevación enzimática con criterios de necrosis.

Otros autores, considerando a pacientes con ondas T negativas en el ECG, encontraron en ellos un subgrupo de alto riesgo para sufrir eventos mayores (Haines (2) 38%, y Granborg (3) 31 %), aunque es conveniente aclarar que no son pacientes homologables desde el punto de vista clínico, ya que no se especifican las características ni la evolución de la angina. Es factible que las diferencias se deban a que en la IAP el episodio isquémico no es recurrente y en los otros estudios se incluyen pacientes con AI sin hacer distinciones en el cuadro clínico de admisión. A pesar de esto, estos estudios coinciden, como en nuestra experiencia, en la altísima prevalencia de compromiso proximal de la arteria descendente anterior.

La excelente evolución con escasos eventos mayores permite un manejo conservador durante la etapa aguda, para realizar luego una evaluación funcional del grado de isquemia residual y actuar en consecuencia. En la década del '70 nuestro grupo observó que la IAP era un cuadro clínico útil para distinguir a un grupo de pacientes con características similares a la ARC, pero que a diferencia de esta presentaban una baja tasa de eventos intrahospitalarios. En la actualidad esta diferenciación ve disminuida su utilidad clínica debido a la impresionante mejoría pronóstica detectada en la ARC.

1. Bertolasi C : Cardiología clínica, Tomo 3 . Editorial Inter- Medica, Buenos Aires, 1987 .
2. Haines D, Raabe D, Gundel W et al : Anatomic and prog-nostic significance of new T- wave inversion in unstable angina . Am J Cardiol 1983 ; 52 : 14.
3. Granborg et al: Diagnostic and prognostic implications of transient isolated negative T- waves in suspected acute myocardial infarction. Am J Cardiol 1986 ; 57: 203.