

Morte súbita abortada pós espasmo coronariano x prevenção secundária - 2010

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Estou necessitando de ajuda com relação a conduta neste paciente.

Masculino, 47anos, portador de DM tipo II e HAS.

História prévia de angina aos esforços físicos. Deu entrada na emergência com dor torácica tipo isquêmica com ECG1. Minutos após a sua admissão apresentou TV polimórfica seguida de FV (ECG2). Após desfibrilação foi realizado novo traçado (ECG3). O paciente foi encaminhado para sala de hemodinâmica para realização de coronariografia a qual foi normal, sendo admitido na unidade coronariana estável com a seguinte medicação: aspirina, amiodarona, metoprolol, captopril.

Após 3 dias encontrava-se assintomático (ECG4). Durante a noite apresentou novo episódio de dor com alterações de ST (supra) que regridiram após nitrato SL.

Foi submetido à nova coronariografia que revelou novamente coronárias normais.

Foi associado então nitrato+ bloqueador de canais de cálcio (diltiazem). Foi solicitado ultrassom intracoronário. Durante a angiografia de controle (antes da realização do exame) apresentou espasmo no terço proximal da DA que regridiu com mononitrato intracoronariano.

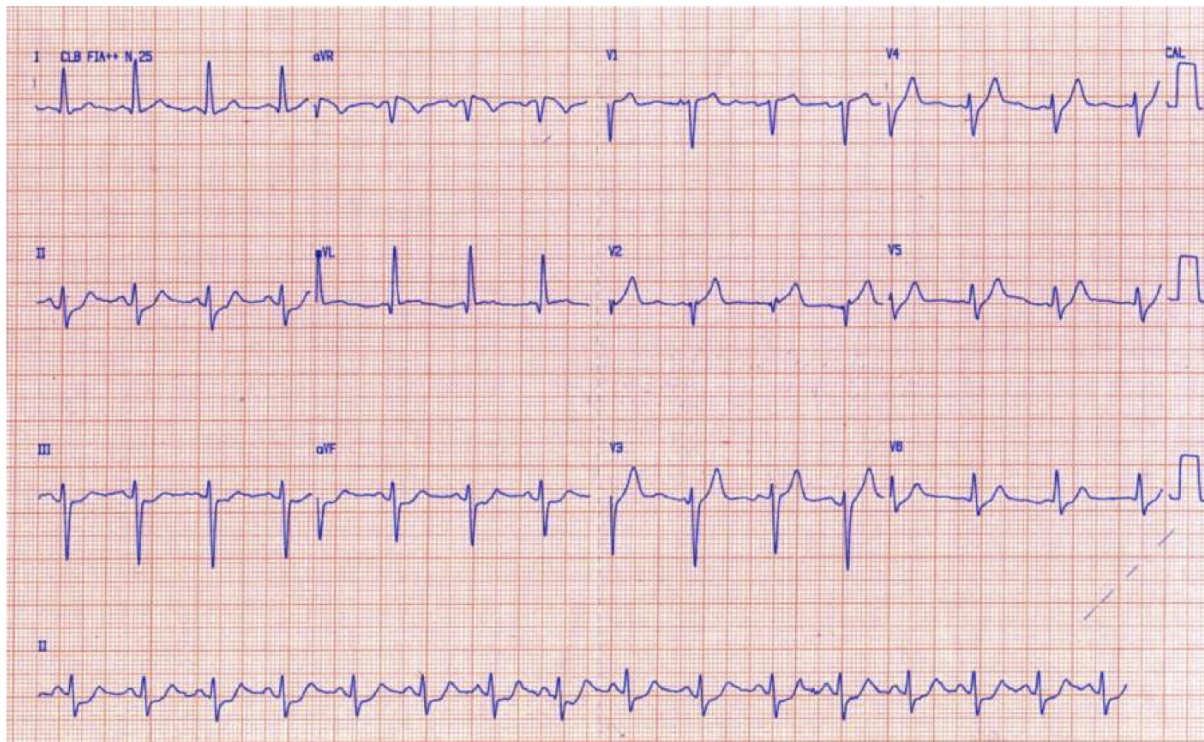
O US intracoronário revelou apenas ateromatose discreta (sem obstrução) função ventricular é normal ao ECO. Atualmente encontra-se assintomático com: nitrato, diltiazem, aspirina, captopril e amiodarona.

Pergunta básica: ¿existe indicação de CDI para prevenção secundária neste paciente?

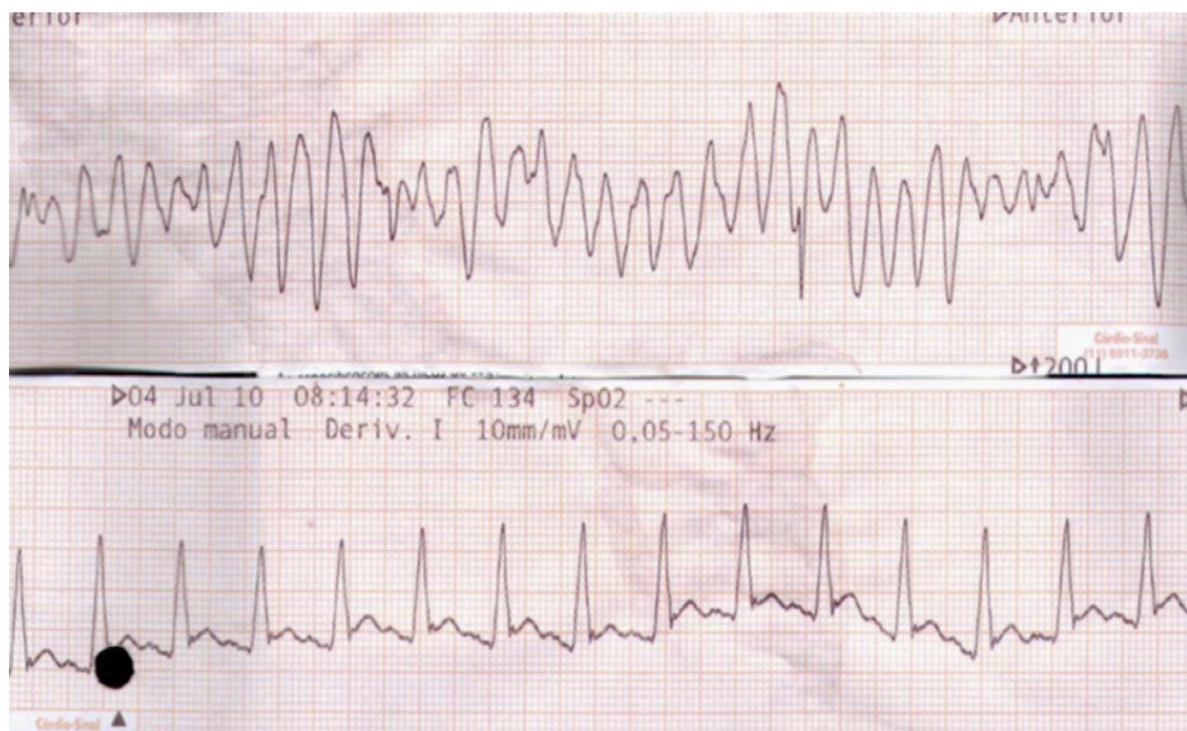
Um abraço

Raimundo Barbosa Barros

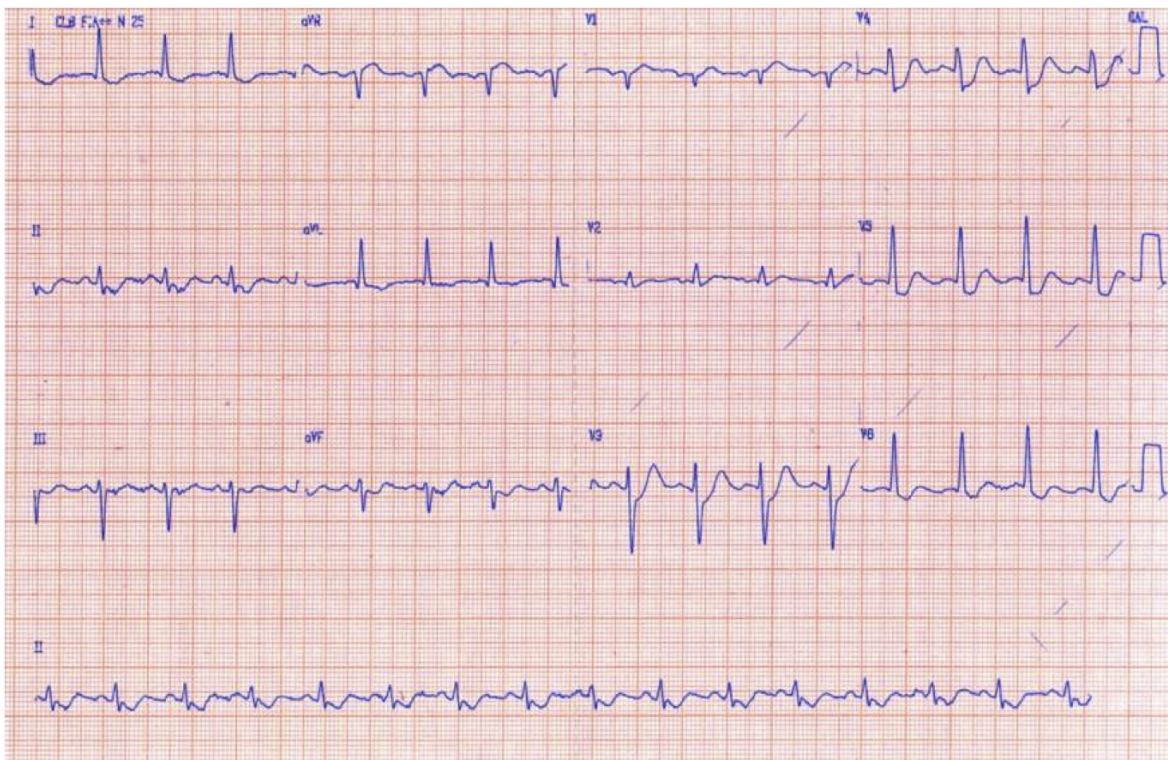
ECG1



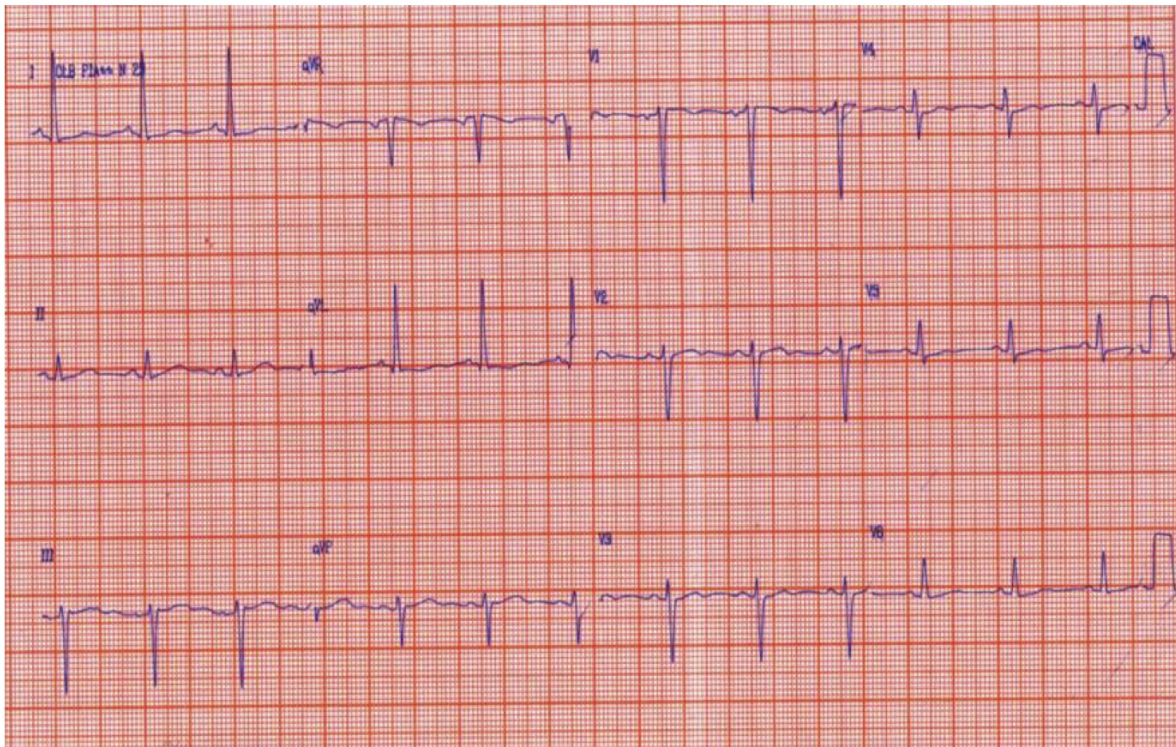
ECG2



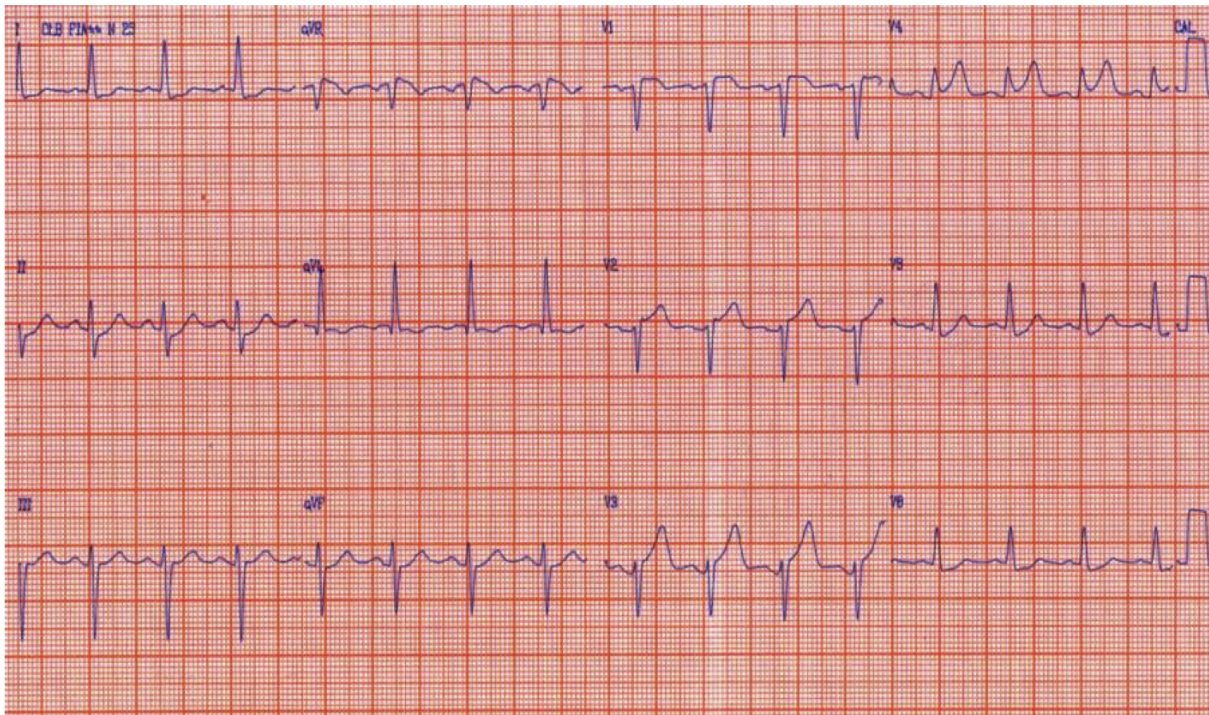
ECG3



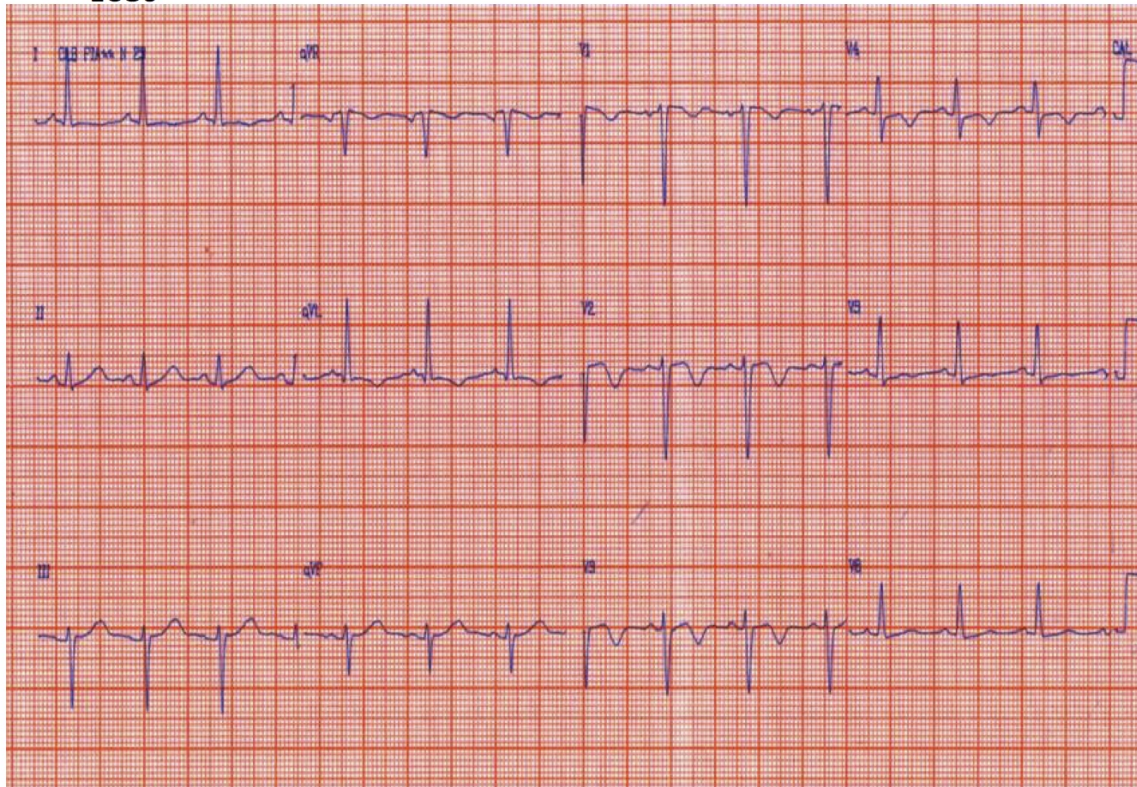
ECG4



ECG5



ECG6



OPINIONES DE COLEGAS

Dear All

Greetings

In my opinion, there is no indication for an ICD implantation in this patient. Her VF occurred in the setting of acute ischemic event. Despite she has normal coronaries, but there was evidence of coronary spasm. The ECGs showed clear dynamic changes suggestive of acute ischemic events during the chest pain.

According to the AHA/ACC/HRS 2008 guidelines, there is no indication of ICD implantation if there is a reversible cause for her VF. Her therapy should include maximal tolerable CCB and Nitrate, Statines, ASA and extensive lifestyle modification to limit the progression of her atheroma. Metoprolol should be discontinued. I am not sure that AMIODARONE has a role here.

Reference:

ICD therapy is not indicated for patients with ventricular tachyarrhythmias due to a completely reversible disorder in the absence of structural heart disease (e.g., electrolyte imbalance, drugs, or trauma). (Level of Evidence: B)

JACC_MAY_2008_ACC_AHA_HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities_Summary JACC Vol. 51, No. 21, 2008. Page 2097.

Raed Abu Sham'a, M.D
Jerusalem-Palestine

Estimado Andrés, el caso de Raimundo es muy interesante.

Nosotros hemos observado muchos pacientes con vasoespasmo coronario, porque los buscamos y estudiamos. Es una entidad que en nuestro medio es evaluada y tratada empíricamente.

Nosotros hemos observado algunos casos con vasoespasmo asociado a TVMS y TV polimórfica.

Nuestra conducta es, y en este caso en particular, nitratos + altas dosis de DTZ y nueva CCG con test de ergonovina intracoronaria (y sino intravenosa). Si en esta situación vuelve a hacer vasoespasmo y TV polimórfica, allí sí le pondría un CDI. Aunque si el vasoespasmo está localizado en una sola arteria existen algunos informes sobre la utilización de stent.

Las TV/FV o paro cardíaco están relacionadas con vasoespasmo de múltiples vasos, de allí la importancia del test de ergonovina intracoronaria.

En nuestra experiencia ninguno de los pacientes con el tratamiento médico volvieron a presentar TV en un sgto de varios años. La causa de la TV/FV es la isquemia aguda y si no se resuelve, el problema continúa. La amiodarona, a mi juicio, no tiene utilidad.

No hago ninguna descripción cómo funciona el vasoespasmo en la electrofisiología cardíaca porque hay numerosos trabajos que hablan de ello.

Saludos y a seguir aprendiendo de los maestros del foro.

Oscar Pellizzon.

Estimado Dr Raimundo:

El paciente presenta espasmo coronario maligno (angina vasoespástica que desencadena una TV y FV secundaria a isquemia coronaria por vasoespasmo sin lesiones coronarias significativas).

Este grupo de pacientes tiene un riesgo de MS aumentado reportes como el de [Koyanagi](#). Los pacientes de mayor riesgo son los que presentan espasmo de múltiples vasos (54%) frente a el menor riesgo de los pacientes con espasmo de un solo vaso (14%).

El paciente por mi presentado poco tiempo atrás (mi paciente no tuvo TV ni FV pero si IAM por vasoespasmo). Actualmente medicado con diltiazem el altas dosis, verapamilo, nitratos en parches, IECA, estatinas se encuentra estable, sin episodios anginosos.

Con un tratamiento agresivo de su vasoespasmo, se podría realizar la prueba de ergonovina y valorar la respuesta al tratamiento, de ser negativa sin repetir isquemia ni arritmias, a mi criterio no indicaría un CDI si responde al tratamiento médico.

Un saludo y sería muy interesante la opinión de los más versados en esto. Además de este caso me ayudarían con las conductas con mi paciente también.

Gracias y saludos a todos

Martin Ibarrola

Queridos amigos:

Introduzco otro punto de vista, simplemente para que comencemos a pensar en él, nosotros los latinoamericanos.

Esto que muestra Raimundo, lo vemos nosotros en los pacientes chagásicos: pacientes con cuadros que simulan episodios coronarios agudos (que en realidad, lo son) por vasoespasmo originado en disfunción endotelial, en pacientes que sólo tienen serología reactiva para Chagas, con ECG de base normal.

Hay una serie del Dr. Gonzalez Zuelgaray de pacientes chagásicos con CDI implantado por TV/FV que cuando fueron estudiados se encontró coronarias normales y disfunción endotelial, puesta de manifiesto por la inyección intracoronaria de Acetil colina o con el test de frío en los estudios de perfusión Spect. Curiosamente estos episodios predominan en el territorio de la DA.

Ojalá pueda viajar a Mendoza donde mostraré estos hallazgos

Pregunto: ¿Tiene serología para Chagas? ¿Hay estudio de disfunción endotelial?

Un abrazo

Edgardo

López C, RCT; González-Zuelgaray J, MD, PhD; Scazzuso F, MD; Goyeneche R, MD; Fernández A, MD. Argerich Hospital. Buenos Aires, Argentina. Absence of Conduction Disturbances in the Electrocardiogram of Chagasic Patients with Malignant Ventricular Arrhythmias in the Era of Implantable Cardioverter Defibrillators

Redruello M, Masoli O, Perez Baliño N y col . Perfusión Miocárdica Planar y Test de Frío en Enfermedad de Chagas XXVIII Congreso SAC 2001

Redruello M, Masoli O, Perez Baliño N y col. Análisis de la perfusión miocárdica SPECT y detección de vasoreactividad con esfuerzo y test de frío en pacientes chagásicos con función ventricular izquierda conservada. Jornadas regionales SAC Corrientes 2003

Después doy mi opinion sobre CDI o no CDI en este caso, igual adelanto no creo que sea tan fácil definir el control o la cura de estos síndormes cuando además hemos demostrado el desarrollo de TV/FV, no creo que haya que considerarlos como la FV primaria en el curso de un IAM por accidente de placa, ¡y si el paciente se olvida un día de tomar los farmacos?

Me parece viendo los EKG, que puede tener compromiso de la DA y en otros de la Cx si esta es dominante, perdón pero no pude acceder al relato del caso solo me guié por lo que comentó Oscar, y no se que dió la coronariografía con pruebas provocadoras.

Francisco Femenia

Estimados amigos: en el ECG 1 y 5 AVR recuerda la morfologia de Brugada. No se si tiene algún valor pero lo comento.

Un abrazo

Emilio Marigliano

Estimado Andrés,

El caso de Raimundo es muy interesante.

Lo felicito a Raimundo por haber realizado ecografía intracoronaria, ya que con la misma demostró que su paciente tiene lesiones ateromatosas con remodelado hacia afuera. O sea que el paciente de Raimundo tiene una coronariopatía aterosclerótica que se manifiesta por vasoespasmo coronario y que le ha generado muerte súbita por FV.

Myron Prinzmetal publicó su trabajo en 1959. Cabe destacar que en esa época no existía la coronariografía. Prinzmetal le realizó autopsias a todos los pacientes que fallecieron y que tenían angina variante y todos tenían lesiones coronarias e cicatriz de infarto.

Luego hubieron reportes de pacientes con vasoespasmo y CACG sin lesiones obstructivas, por lo cual se generó el mito de que los pacientes con Prinzmetal no tenían coronariopatía, lo cual es erróneo según la teoría de Glagov et al. (NEJM 1987)

He visto pocos Prinzmetal pero todos los que yo ví tenían ateromatosis coronaria.

El tratamiento es el de un paciente coronario. La única variante son los betabloqueantes, que no están indicados en esta etapa de la enfermedad. .

Para mí tiene indicación de CDI porque:

- 1- No tiene una enfermedad completamente reversible. Tiene una coronariopatía aterosclerótica (alteración estructural) que ya lo mató.
- 2- La opción de probar con tratamiento médico y ver si repite el vasoespasmo puede ser mortal. No he leído ninguna serie de casos de Prinzmetal con FV y tratamiento médico. Si se puede acceder a un CDI no creo que uno se arriesgue a correr el riesgo de implantarlo.

Gracias por la posibilidad de opinar en este caso

Cordiales saludos

Dr. Daniel Banina
Montevideo
Uruguay

Queridos amigos do Fórum:

Quero comenta 2 assuntos

2. O quadro do paciente do amigo Dr. Barbosa caracteriza-se por Síndrome Coronária Aguda-SCA- (Angina Instável ou SCA sem elevação de ST - aguardamos notícia de alteração ou não de enzimas). Não concordo com diagnóstico de S. de Prinzmetal pois esta é noturna e em repouso e ele relatava dor aos esforços. Quero "incluí-lo" no perfil de pacientes do estudo Merlin - TIMI 36 (Referência: Benjamin M. Scirica, MD, MPH; Eugene Braunwald, MD; Luiz Belardinelli, MD; Relationship Between Nonsustained Ventricular Tachycardia After NonST-Elevation Acute Coronary Syndrome and Sudden Cardiac Death; Circulation. 2010;122:455-462; 3 de agosto de 2010) no sentido de ajudar a responder a pergunta de Dr. Barbosa = CDI para este paciente? Se monitoriza-lo por 48 ou 72 horas (Hoje tem 05 dias ainda está no período) e achar Taquicardia ventricular não sustentada com mais de 4 batimentos até 7 em FC > 100 e principalmente > de 8 batimentos por episódio depois de 48 horas após a Síndrome Coronária reforça a indicação de CDI (Cardio Desfibrilador Implantável), pois é um paciente com grande aumento de risco para morte súbita.

2. Dr. Edgard, El Potro, AB, e demais que foram a Mendoza privar da excelência do hostess Femenia:

1. Comentar a santa inveja dos que foram a MENDOZA, não fui porque estava envolvido com um evento Regional XVII Jornada Médica de Conquista, mas no Segundo Simpósio irei e agora imagino como será de alegria no Ceará em Novembro. Espero vê-los todos lá.

Dr. Adail Paixao Almeida - Bahia – Brasil

Estimado Dr Adail o alguno de los integrantes del foro:
Entiendo los conceptos por ud mencionados acerca de los motivos para no considerarlo una angina vasoespástica. ¿Tiene Ud o alguien acceso a la siguiente publicación?

Saludos y un abrazo

Martin Ibarrola

Proarrhythmia in the setting of acute ST-segment elevation

[Reinhold Weber](#), MD, [Konstantinos P. Letsas](#), MD, FESC, [Gerd Bürkle](#), MD, [Thomas Arentz](#), MD, [Dietrich Kalusche](#), MD

published online 20 July 2010.

Journal of Electrocardiology

Volume 43, Issue 5, Pages 379-478 (September-October 2010)
