

Paciente de 56 años con lesión de tronco de coronaria izquierda y ergometría normal

Dra. Lorena Cambarere

Estimados colegas y amigos del Foro :

Mi comentario más que comentario es una pregunta: me tocó una paciente de 56 años múltiples FRC entre ellos DBT, que consultó por opresión en laterales de cuello y mandíbula a los 200 metros que desapareció al momento del reposo, realizó PEG suficiente, llegó a 1200 kgm y no manifestó síntoma ni alteración del ST-T; se medica y a la semana ingresa por el mismo síntoma, se interna sin alteración electrocardiográfica y **troponina positiva**. Se deriva a hospital de Río Gallegos a hemodinamia constatándose lesión de tronco de CI yendo a Buenos Aires en avión sanitario con indicación de CRM con dos bypass. ¿Puede ser que las lesiones más altas nos den ergometrías o perfusiones normales?

Saludos afectuosos desde la Patagonia Argentina

Lorena Cambarere
Médica cardióloga Hospital De Piedra Buena Santa Cruz Argentina

OPINIONES DE COLEGAS

Buenas tardes estimada Lorena, yo creo q mientras más proximal sea la lesión coronaria, la PEG me dará positiva a más baja carga, excepto que haya circulación colateral supletoria del déficit de aporte.

Podría ser este el caso, nada dice la CCG descripta. La otra posibilidad, es que haya hecho una lesión de placa en tronco de CI, en forma aguda después de la PEG.

Atte

Dr. Juan Carlos Manzardo

2 + 2 = 3 1/4 en medicina ...

Dr. Alejandro Vivero

Estimada Lorena Cambarere

Buenas tardes

Interesante el caso, sobre un falso negativo de test ergométrico.

¿Cuál fue la FC máxima y Mets tolerados?

¿Qué tiempo de ejercicio realizó?

¿Cuál fue el criterio de suspensión de la PEG?

Saludos desde Cuba

Alberto Morales Salinas MD, MPH, FACC

Cardiocentro "Ernesto Che Guevara", Villa Clara, Cuba.

Miembro Titular de las Sociedades Cubanas de Cardiología y Medicina Familiar.

Board del Grupo Nacional de Cardiología

Fellow of the American College of Cardiology

Estimado Dr. Morales

FC 136 .1200 kgm 7mets se detuvo por agotamiento, asintomática ...PEG normal sin alteraciones del ST T; el resultado de la CCG no lo tengo ya q se evaluó en Río Gallegos y de ahí fue a Buenos Aires directamente a hemodinamia; yo la derivé de Piedra Buena como lugar de origen a R. Gallegos
Saludos

Lorena

Creo que tu paciente refería una angina típica, además de múltiples factores de riesgo. En este contexto yo no le haría una prueba funcional ya que las probabilidades de enfermedad coronaria son muy altas.

Francisco López-Valenzuela

Estimada Dra. Lorena Cambarere:

Me parece extraño este caso. En las isquemias del tronco de la coronaria izquierda se induce una isquemia circunferencial subendocárdica que se expresa con segmento ST deprimido con una continuidad con la primera rama y la punta de la onda T, pero la segunda rama de la T positiva. Máxima depresión en V4, V5 y en DII DIII con frecuencia cardíaca menos de 80 lpm.

Estas derivaciones expresan la pared inferior del del septo, (V4) la punta (V5) y la pared inferior lateral (V6) y DII, DIII la parte posterior de la punta cardíaca.

Pero también la ergometría positiva se expresan con segmento ST deprimido que hace un continuo con la primera rama y punta de la onda T. Este fenómeno eléctrico se debe a un aumento brusco de la presión diastólica final y una isquemia circunferencial subendocárdica inducida por la taquicardia sinusal, independiente de la la arteria obstruida.

Entonces, ¿qué pasó con su paciente? Una posibilidad es que la obstrucción del tronco coronario no era crítica, es decir menos del 60 %.

Pero si la la arteria del tronco era mayor del 60%, entonces la probabilidad es que las arterias izquierdas estaban muy protegidas por circulación collateral. En enfermedad coronaria bien protegida, no hay aumento de la presión diastólica final, y por lo tanto no habrá ST deprimido.

Entonces ¿qué mostrará la ergometría? Un aumento brusco de las ondas T. ¿Y esto porqué? Porque es la reacción del epicardio, que reactiva la cascada de precondicionamiento, diciendo que la adenosina que proviene de la desfosforilación del ATP estimulan el canal de potasio dependiente del ATP, que acorta el potencial de acción que se expresa con T puntuda y alta similar a una hiperkalemia ([Ref Sagie A, Sclarovsky S ET AL aAcute anterior myocardial infarction presenting with positive T waves and without ST depression Chest 1989 ;95; 1211 15](#))

y si tiene mi libro en español o inglés fíjese en las figura 1.9 y 1,12 y en este último verá como cerramos con angioplastia de la anterior descendente y únicamente se ve una elevación importante de la onda T, sin desviación del segmento ST, lo que yo he denominado primer grado de isquemia.

Si ud tiene interés le puedo mandar mi conferencia que di en Bs As, sobre la anatomía , electrofisiología, fisiopatología, la hemodinamia, y la biología molecular de las isquemias circunferenciales Creo que estos slides le ayudarán profundizar el problema del ST deprimido

Un fraternal abrazo y la discusión está abierta en este apasionante tema

Samuel Sclarovsky