

Oclusión total de TCI con circulación colateral – 2015

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Estimados foristas

Hombre, 64 años de edad, con antecedentes de angina progresiva hace 1 mes

Ingresó a la sala de urgencias con episodio de angina más prolongada. En esta ocasión se llevó a cabo 1 ECG (1). Ligera elevación de troponina

Después de las medidas iniciales el paciente fue enviado a sala de hemodinámica.

Actualmente en clase funcional II. Fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 38%

¿La pregunta es: la conducta es correcta?

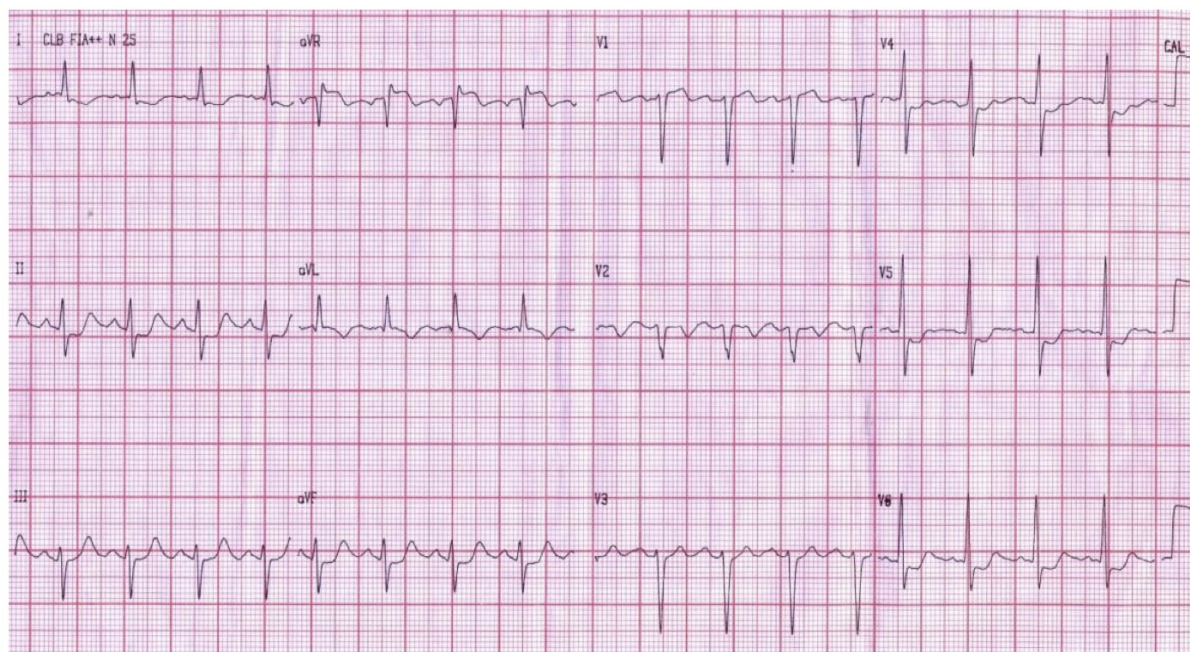
¿La intervención quirúrgica inmediata habría sido una mejor opción?

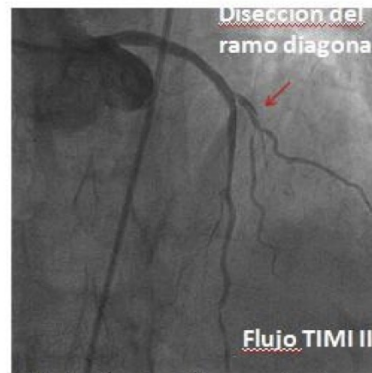
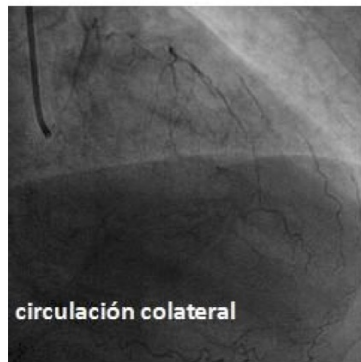
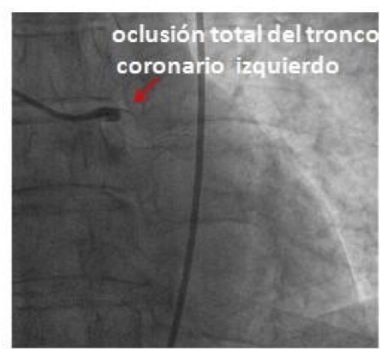
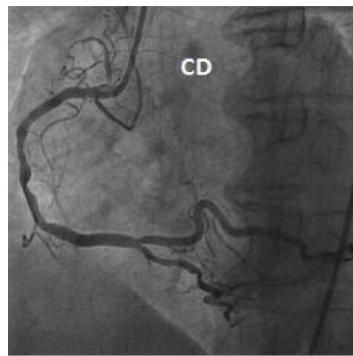
¿Cuál es la opinión de los foristas

Saludos

Raimundo Barbosa Barros

ECG 1 admisión





Después de stent no farmacológico en el TCE

ECG después de la angioplastia con stent no farmacológico



OPINIONES DE COLEGAS

Hola,

Buen caso el de Raimundo de oclusión total de tronco pero que es equivalente de suboclusión de tronco por la presencia de circulación colateral.

Si el paciente no ha recibido tratamiento con clopidogrel u otro antiagregante plaquetario, salvo aspirina, la cirugía sería una buena opción pero en muchos centros, como el nuestro, donde hay hemodinámica las 24 horas se opta por el intervencionismo con resultados no óptimos como en este caso.

Saludos

Miquel Fiol Sala

Perdón por la pregunta, pero ¿cuál sería la parte "arrítmica" del caso coronario?

Digo esto porque todos sabemos que tenemos arritmólogos y electrofisiólogos de primer nivel en el foro que nos pueden marcar conductas y terapéuticas.

Pero carecemos de hemodinamistas y cirujanos como para dilucidar con el mejor criterio este caso.

No digo que nosotros como cardiólogos clínicos no podamos opinar o tomar conductas.

Solo que para "hacer ciencia" hacen falta los mejores en sus áreas.

Solo una opinión.

Gracias.

Ricardo Paz

Santiago del Estero.

Hola Ricardo Paz!

Nuestro amigo Miguel Fiol é expert em hemodinamia e nuestro Forum tem mais de 8 centenas de inscritos entre eles cardiologos de todas las areas.

Usted tiene razon en hacer ciencia con los mejores e certamente temos foristas expertos así

Abraços

Adail Paixao Almeida

Estimado Dr. Paz. el Dr. Miguel respondió al cuestionamieno con claridad.

Igualmente en ANGIOPLASTIA vs en CRM encontrará un buen estudio comparativo al respecto acerca de la no inferioridad de la angioplastia vs CRM en el estudio Bypass Surgery Versus Angioplasty Using Sirolimus-Eluting Stent in Patients With Left Main Coronary Artery Disease (PRECOMBAT) (1) del 2015 o el metaanálisis publicado en JACC (2) 2013.

Con respecto al caso presentado la angioplastia del tronco fue exitosa pero presenta signos de isquemia en territorio de la arteria CX, donde se evidencia una disección de la misma con flujo TIMI II, por lo que no enviaría a CRM por una lesión residual y una disección de la arteria, intentaría angioplastia a la arteria CX y evaluar mejoría de signos de reperfusión con la misma. Además presenta una lesión residual en CD, que se podría de acuerdo a evolución aguardar y tratamiento médico para ésto y revalorarla en un segundo tiempo. El problema actual es la disección de la CX, ya que en el ECG presenta signos de isquemia en dicho territorio.

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

1. Ahn JM, Roh JH, Kim YH, et al. Randomized trial of stents versus bypass surgery for left main coronary artery disease: Five-year outcomes of the PRECOMBAT study. J Am Coll Cardiol 2015; DOI:10.1016/j.jacc.2015.03.033. [Abstract](#)

2. Left Main Coronary Artery Stenosis A Meta-Analysis of Drug-Eluting Stents Versus Coronary Artery Bypass Grafting. **Volume 6, Issue 12,December2013**

Hola.

He tenido un caso similar de un paciente muy obeso, diabético de 52 años, electro inicial muy similar a este, supra de AVR y V1, infradesnivel en precordiales, resultó ser una obstrucción de tronco severa, pero permeable, con trombo.

Resto de la vasculatura arrosariada, pero sin lesiones significativas.

Dos horas de dolor, tromboaspiración, stent farmacoactivo, FV primaria en la sala.

Dada la obesidad y la diabetes el antiagregante elegido fue el prasugrel asociado a aspirina.

Su evolución clínica fue de shock, balón de contrapulsación durante 6 días, sobreinfecciones.

A los 10 días lo extubamos y se estabilizó.

Quedó con fracción de eyección del 20%.

Evolucionó con varios ingresos por insuficiencia cardíaca, unos 8 ingresos, varios cambios de medicación que por un problema personal/social sospechábamos que no tomaba.

A los dos meses se le indicó un DAI para prevención primaria que rehusó.

Falleció de muerte súbita unos 14 meses después del evento primario (Hace unos 10 días).

Aquella madrugada, cuando lo conocí, también me hice la misma pregunta:

anticoagularlo, aspirina en dosis bajas sin otro antiagregante por si era un tronco y tal vez operarlo.

Los hemodinamistas vieron el trombo y no se lo pensaron dos veces.

En ese momento creo que primó salvar la situación aguda, a la larga el resultado fue muy malo.

Un saludo a todos, sigo el foro como lector, pero como voy atrasado leyendo mensajes del año pasado, tengo pocas ocasiones de preguntar. A ver si puedo ponerme al día.

Diego Fernández

Querido Ricardo

Lo que le hace falta a los pacientes no es tener frente al mejor médico del tópico, sino al médico de visión más integral y en este punto emergen los cardiólogos clínicos en cualquier contexto.

Soy defensor de la revascularización en el contexto agudo, pero en la isquemia crónica estable a pesar de que las guías quieran meternos por los ojos la CAGB y/o ICP, el tratamiento médico puede ser la mejor opción en muchos casos.

Así lo deje ver en una carta reciente al Editor en la Revista Española de Cardiología

Tratamiento médico óptimo: ¿es la peor opción en la enfermedad coronaria multivaso? | Revista Española de Cardiología

Tratamiento médico óptimo: ¿es la peor opción en la enfermedad coronaria multivaso? | Revista Española de Cardiología.

1. Buchanan GL, Giustino G, Chieffo A. Elección de intervención coronaria percutánea o bypass en la enfermedad coronaria multivaso. Rev Esp Cardiol. 2014; 67:428-31.

Abrazo desde Cuba

Alberto Morales Salinas