

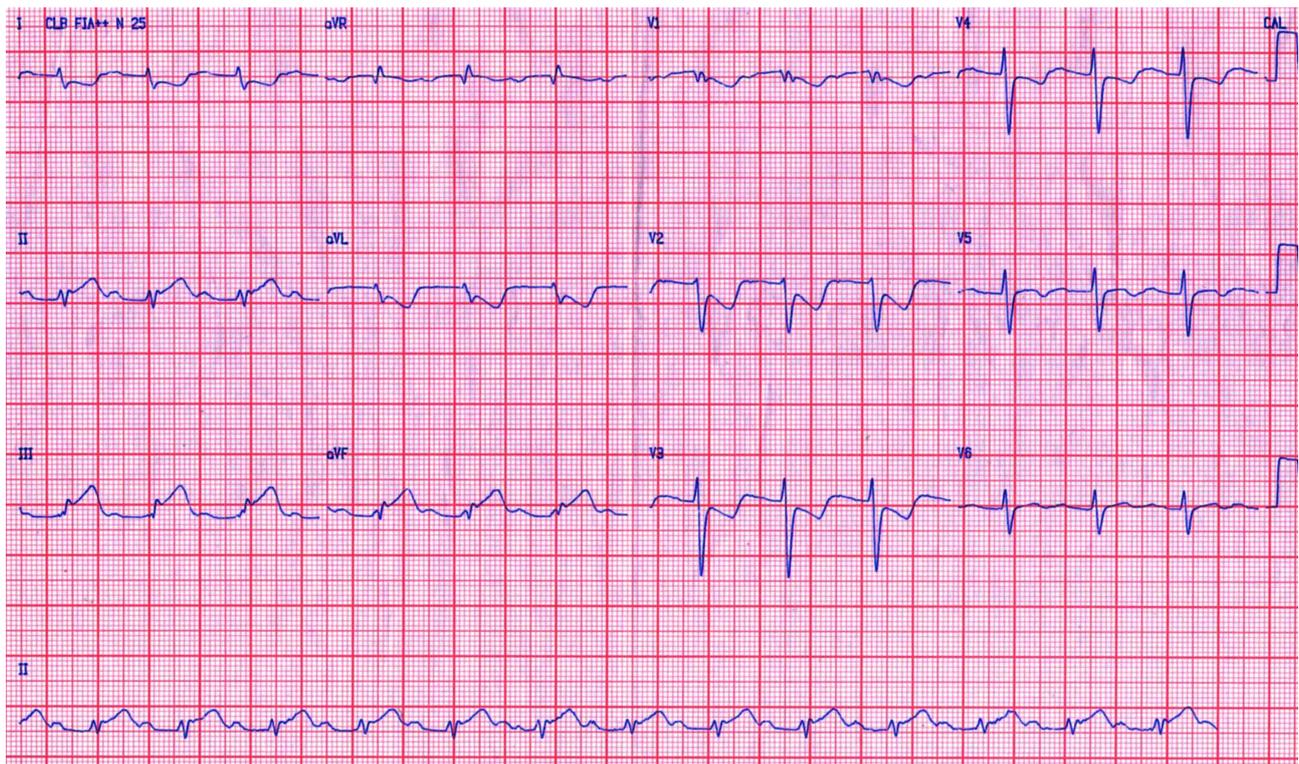
Qual a artéria culpada: CD? Cx? - 2009

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Paciente do sexo masculino, 46 anos, fumante, admitido com dor retrosternal constrictiva > 1 hora de duração.

Posteriormente mandarei resultado da coronariografia

Raimundo Barbosa Barros



y la sumatoria de la depresión del segmento ST en V1 a V3 es menor que la sumatoria del supradesnivel del ST en DII, DIII y aVF). con probable compromiso VD (ver V3R y V4R con supradesnivel del segm. ST), esto último hace más severo y peligroso el IAM (los he atendido con hipotensiones arteriales considerables), por lo que creo mejor realizarle una ICP (PCI), más que la "clásica trombolisis".
Bueno, solo faltan más opiniones y la coronariografía; que estén muy bien y hasta pronto,

Ricardo Pizarro

Estimado Colega Dr. Javier Garcia Niebla:
Muchas gracias por sus inteligentes explicaciones.
Si fuera posible, ¿podría esclarecernos en qué consiste la mencionada clasificación de Sclarovsky-Birbaum y su utilidad?
Desde ya gracias nuevamente

Andrés R. Pérez Riera

PD: Pienso que muchos colegas pueden nunca ter oido hablar de esta clasificación.

Estimados amigos, me permito opinar que se trata de una ACD distal a la rama ventricular derecha.
Tenemos D1 infradesnivelado > 0,5 mm, supradesnivel D3>D2, aVL infradesnivelado, el infradesnivel de V1 es > 0,5 mm. No supradesnivel de V3R ni V4R, que excluye a la rama ventricular derecha, supradesnivel V7-V8-V9 lo que nos habla de compromiso posterior deduciendo que se trata de un sistema derecho dominante con compromiso de DP.

Tratamiento de urgencia: ICP angioplastía primaria + Stent como primera posibilidad, aunque dadas las condiciones y por el intervalo de tiempo transcurrido podemos también intentar trombolisis.

Saludos a todos desde Perú.

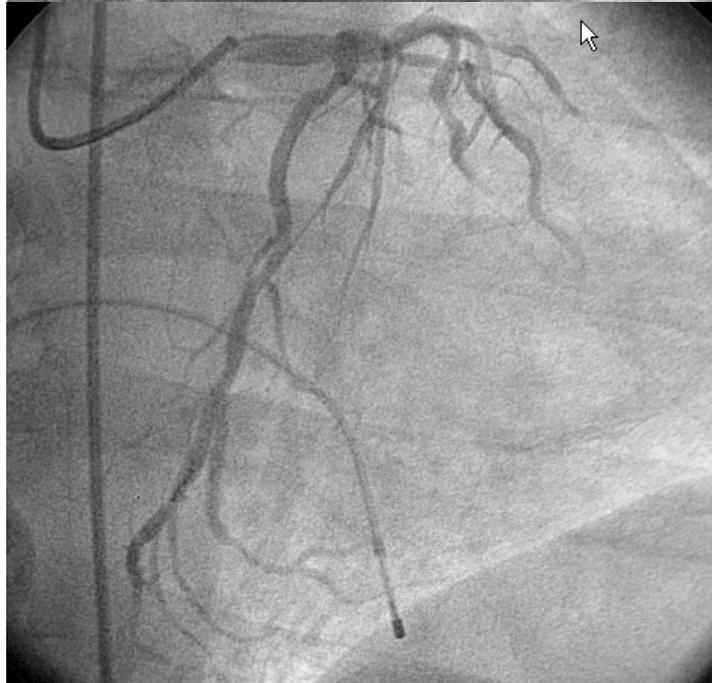
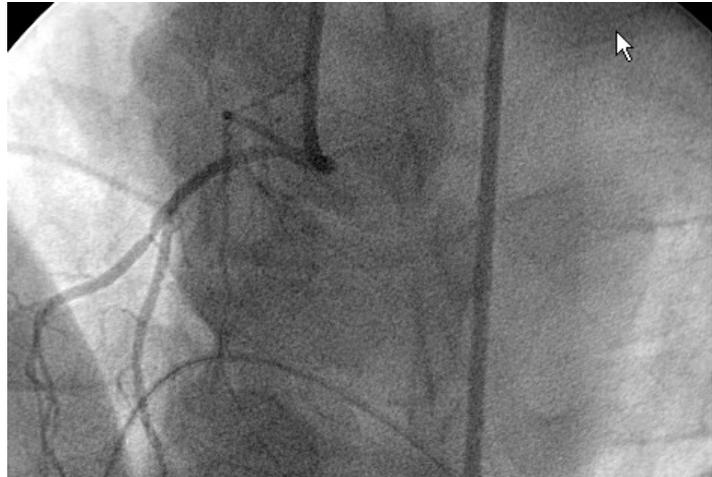
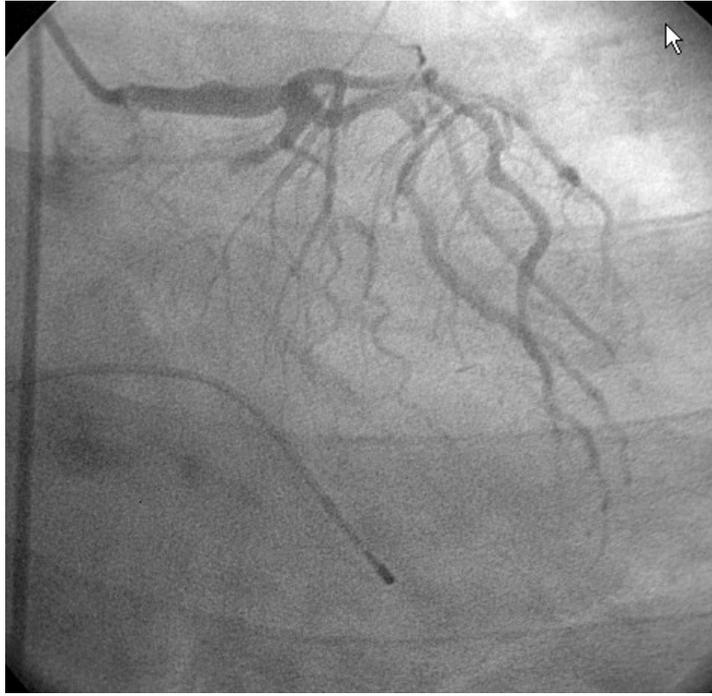
Milton Valderrama Wong

Probablemente se trate de la coronaria derecha y no descarto afectación de la circumflexa.

Dr. Oswald Londono

Prezados colegas, para surpresa de todos nós, inclusive a minha, o paciente apresentava oclusão total da Cx com CD hipoplásica.
Foi submetido, com sucesso, à angioplastia primária (STENT)

Abraço a todos
Raimundo Barbosa Barros



Estimado Dr. Edgardo

Quiero mencionarles que los autores arriba mencionados y Col. (Samuel Sclarovsky y Yochai Birnbaum) Profesores eméritos de la Universidad de Tel Aviv - Israel, publicaron el año 1993 en la revista Chest (Chest. 1993;103:1681-7) el artículo: "Prognostic significance of the initial electrocardiographic pattern of patients with acute myocardial infarction" y una serie de artículos relacionados a los cambios en el ECG en el contexto de los síndromes coronarios agudos (Chest. 1995;108:1211-5, Am Heart J. 1988;116:933-41, Am J Cardiol. 1998;81:81-3, entre otros), donde describen 3 patrones electrocardiográficos que se relacionan también con 3 grados de intensidad de isquemia miocárdica, a saber:

1.- Isquemia de grado 1, caracterizada por onda T alta y picuda, si esta se detiene aquí es decir no progresa los estudios se correlacionaron con un miocardio protegido probablemente por presencia de colaterales coronarias y extracoronarias,

2.- Isquemia de grado 2, donde existe ascenso típico del segmento ST que indicaría un estado mucho más avanzado de isquemia posiblemente debido a un fenómeno de "condicionamiento" del miocardio agredido,

3.- Isquemia de grado 3, donde existe típicamente desaparición de la onda S, que correspondería a un miocardio completamente "desprotegido", en estas condiciones aparecerían las complicaciones eléctricas de los síndromes coronarios agudos.

Espero no haber sido imprudente con el Maestro Javier Garcia - Niebla ya que la consulta iba dirigida a su persona, pero estoy seguro que el enviará uno más enriquecido pues la revista de la Sociedad Española de Cardiología publicó en su sección "Cartas al editor" de su último número una brillante y extraordinaria comunicación del Dr. Garcia - Niebla conjuntamente con el mismísimo Dr. Sclarovsky acerca del caso que sería importante que todos lo leamos pues se trata de aportes que muchos no lo conocíamos.

Afectuosamente:

Dr. Jorge Sotomayor Perales

Cardiólogo

Hospital III EsSalud, Juliaca – Perú

Hay un artículo médico que no recuerdo y se basa en lo siguiente:
depresión del segmento ST en V3 y la depresión del segmento ST en DII

Se divide V3/DII y da el siguiente score

<0.5 es CD proximal o ostium

0.5 pero menor de <1.2. CD tercio medio

y si es > 1.2 es ARTERIA CIRCUNFLEJA

Gracias

Gilberto García García

En primer lugar agradecer al Dr. Jorge Sotomayor las palabras dedicadas a nosotros por nuestro artículo publicado recientemente en la Revista Española de Cardiología.

En cuanto a lo referente a los grados de isquemia que el Dr. Andres Pérez Riera pide que explique en el Foro he de comentar los grados de isquemia descritos por Sclarovsky y Birbaum se presentan como tres morfologías electrocardiográficas que se corresponden con tres grados crecientes de intensidad de isquemia miocárdica.

Como bien comenta el Dr. Sotomayor, el grado 1 de isquemia desde el punto de vista electrocardiográfico se manifiesta con T alta y picuda de ramas simétricas. El grado 2 se manifiesta por elevación del ST sin distorsión de la porción terminal del QRS y el grado 3 de isquemia viene representado por elevación del segmento ST y distorsión de la porción terminal del QRS con aparición del punto J por encima del 50 % de la amplitud total de la onda R en derivaciones con configuración qR dominante y desaparición de la onda S en derivaciones con morfología Rs.

Este sistema de valoración de intensidad isquémica se limita a la fase más aguda del infarto agudo de miocardio y, por lo tanto, en los pacientes con evidencia electrocardiográfica de reperfusión o una etapa más avanzada de infarto (inversión de la T) no puede aplicarse; de hecho uno de los errores frecuentes a la hora de valorar el grado de isquemia es clasificar como isquemia grado II ó III a pacientes que presentan ascenso del ST con presencia de T negativa.

Los estudios realizados han demostrado que pacientes que presentan isquemia grado III presentan peor pronóstico a corto y largo plazo, menos protección miocárdica con menor circulación colateral y progresión más rápida hacia la necrosis, con menor beneficio de la terapia fibrinolítica o angioplastia primaria que los que presentan isquemia grado II.

Saludos,

Javier García Niebla

Muchas gracias por esta información Dr. Niebla y Dr Jorge Sotomayor, desconocía esta clasificación, tan importante en la evaluación y pronóstico de los pacientes con IAM, no se, sea posible nos mande las referencias, tanto del original como lo que Uds tengan al respecto y si fuera posible los PDF, se lo agradecería mucho

Jesus Antonio Campuzano

Lic García Nidebla, quiero felicitarlo calurosamente por la excelente carta al editor publicada en el nro 4 de abril 2009 en la Revista Española de Cardiología, por Ud. y por el Prof. Samuel Sclarovsky.

Me pareció brillante la deducción del nivel de obstrucción de la CD -distal a la marginal- como asimismo la clasificación de los tres grados de isquemia.

Le reitero mis felicitaciones y le envío un cordial saludo.

Carlos Lavergne

Neuquen. Patagonia Argentina

Interesante caso Dr. Barbosa.

Lo cierto es que este caso ilustra como una enorme Cx irriga gran parte del territorio de la CD produciendo un infarto típico de CD con rama PL no muy desarrollada.

Lo que me llama mucho la atención es que la depresión en precordiales no sea tan importante como cabría esperar y que no exista un vector local de lesión que produzca ascenso del ST en V5-V6.

También sería interesante poder observarla coronariografía derecha y saber si existe crecimiento de las cavidades ventriculares.

Un cordial saludo,

Javier García Niebla.
