

# Paciente de 30 años con antecedente de IAM de cara anterior – 2010

Dr. Emiliano Rodríguez Solana

Buen día les comento el siguiente paciente.

Paciente de 30 años, sin factores de riesgo CV que en octubre de 2009 presenta IAM cara anterior con ATC a DA proximal.

El paciente actualmente se encuentra asintomático y presenta Ecocardiograma con:

VI levemente dilatado, DSVI moderada a severo, alteraciones de la motilidad parietal, dilatación auricular leve. Diciembre de 2009.

ECG sinusal QR de V1 a V6

Camara Gama : Extensa necrosis ánteroseptal, apical y ánteroapical con leve isquemia perinecrosis.

FSVI severamente deprimida FEY , 29 %. marzo de 2010

Ecoestres: BASAL Acinesia y adelgazamiento de segmentos medios y apicales del SIV y de cara anterior y de segmentos apicales de cara lateral y de cara inferior con severo deterioro de la función sistólica (FE 36%)

ESFUERZO: No presenta cambios en la motilidad con respecto al basal con incremento de la función sistólica global (FE47%)

Eco ultimo FEY de 30 % .

Pregunta: ¿el paciente entra en la categoría MADIT? (para mí, si) pero teniendo ese ecoestres con tanta recuperación de la FEY ¿igual tiene indicación de CDI??

Paciente asintomático por completo con tratamiento full.

Gracias

Dr. Emiliano Rodríguez Solana

## OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr Solana

Me cuesta entender como la Fey sube tanto SIN haber cambios de la motilidad parietal.

Pero de cualquier manera, yo esperaría. El riesgo día a día de una prevención primaria es bajo, y este paciente parece estar remodelándose en forma positiva.

No hay apuro en prevención primaria; hágale otro eco en 6 meses.

Salud

Adrián Baranchuk

---

Doctor Baranchuk muchas gracias por su mail, sí, lo que usted dice es verdad, pero así lo informa el Ecocardiografista lo cuál llevó a una discusión larga y aquedo ahí.

Gracias nuevamente

Emiliano Rodríguez Solana

Seria mejor realizar viabilidad con medicina nuclear, ya que tienes acceso y es más fiable, Concuero con Adrián, como aumentar tanto la fracción de eyección sin cambios parietales, ese dato es importante en ese paciente, si hay músculo viable debe ser recuperado

Carlos Rodríguez Artuza

---

Estimada Dr. Solana:

1. si en la cámara gamma le da una depresión de la contractilidad con zonas no viables. ¿En esta la FEY se mantiene igual con el ejercicio o aumenta levemente o al espectacular 47%?

2. dudo del ecocardiografista por qué método midió la FEY: ¿Simpson. Bullet, Simpson modificado? no refiere mejorías de la contractilidad segmentaria y sube de 30% a 47%?

Concuero con lo referido por el Dr Adrian: repítale el eco con dobutamina, le permite tener al paciente quieto mejor ventana acústica y puede ver viabilidad y mejoría segmentaria al inicio del protocolo con dosis bajas y estimar en el máxima dosis FEY real. Otra alterantiva es el Spect gatillado si dispone.

O confíe en los resultados de la cámara gamma y desestime ese espectacular 47% postesfuerzo del eco y encima no refiere qué segmentos mejoraron la motilidad.

Misma conducta: 6 meses ecoestres con dobutamina, yo hago ecoestres y le digo que sino estoy seguro por ventana, etc. confío en mi ojo, pero el Spect gatillado es espectacular en buenas manos.

Bueno, mucha suerte y me sorprendió ¿29 años?

Un saludo

Martin Ibarrola

Estimado Dr Solana, si bien el infarto en jóvenes está siendo cada vez más común ¿por qué una persona de 30 años sin factores de riesgo tiene un IAM? ¿se han buscado otras causas? (ej. alteraciones de coagulación) porque si lo hay creo que sería fundamental el tratamiento de su otra patología. Sospecho que por la edad las otras coronarias están sanas. ¿En qué estado queda la DA post ATC? Porque si tuvo infarto la ATC fue tardía o la ATC no fué exitosa, en tal caso seria bueno evaluar el estado de la DA. Quizá eso explique la mejora del ecostress.

Atentamente

Ignacio Retamal

---

Dr. Retamal , el resto de las coronarias no presentaban lesiones, la ATC fue a las 6 hs del comienzo del dolor.

Se estudiaron otras causas y todas fueron negativas, lo único fue Apo A por dos según la medida de laboratorio lo cuál consultando en la literatura no presenta mayor riesgo que otro tipo de dislipemia.

El estado de la DA pos ATC se evaluó con Cámara gama y Eco Estres con los resultados descriptos, además que se encuentra en rehabilitación CV.

Emiliano Rodríguez Solana

Dr. Ibarrola , una idea es realizar otro spect dentro de 6 meses o repetir el Eco stres por otro operador; muchas gracias por los comentarios.

Emiliano Rodríguez Solana

---

La verdad sigo sorprendido con la edad del paciente.

Igual si se le tiene confianza al que hizo el eco stress otra opción seria hacer nueva cine. La viabilidad en general se debería estudiar con talio y control tardío en 24 hs. lo cual por el costo habitualmente no se hace. Quizá el territorio isquémico-perinecrótico es más extenso que lo que muestra la cámara gamma aunque el eco muestra adelgazamiento de pared.

Quizás es un error de criterio pero si estoy buscando viabilidad, ¿no busco alguna conducta de revascularización? Si no tengo opción de revascularizar ¿ sentido someter el paciente a dosis crecientes de dobutamina? ¿O solo se hace como factor pronóstico? desde ya gracias

Ignacio Retamal

---

Estimado Dr Retamal: no se utiliza como factor pronóstico en el ecoestres con dobutamina por mi comentado, los pacientes con territorio viable presentan una respuesta bifásica, a bajas dosis de dobutamina zonas hipokinéticas presentan mejoría de la

contractilidad, y luego a máxima dosis presentan una depresión de las mismas (similar a la basal), es otra manera de evaluar viabilidad miocárdica simplemente.

Si en todo el estudio no presenta mejoría de las zonas akinéticas, obviamente son áreas necróticas sin viabilidad.

Por eso planteé con dobutamina y no ejercicio, en el ejercicio no es posible evaluar este comportamiento.

En cuánto a la edad del paciente sin factores de riesgo, me queda en pensar en cocaína. Igualmente supongo el Dr (perdon...jajaja), ya debe haber descartado estados de autoanticuerpos, etc.

Estimado Dr Retamal arteria esta permeable ¿por qué piensa que revascularizándolo mejorará? Y no tiene otras arterias afectadas. ¿Qué piensa que lograría con esto?

Saludos.

Martin Ibarrola

---

Bueno días.

Dos cosas a destacar: primero la edad del paciente, muy joven para pensar en etiologías no tan habituales. (descartadas las dislipemias familiares, las coagulopatías, cabría descartar hábitos toxicológicos con el potencial arrítmico que estos conllevan)

Segundo tiene una respuesta que sugiere viabilidad. A mi juicio deberíamos agotar ese camino y estar muy seguros de que esa Fey del 30% es del 30 y que sube al 47%. (me extraña que alcance valores de eyección normal con la pared anterior -la más importante, - akinética). A lo mejor con una RNM con Gadolinio aclara si hay o no viabilidad.

Si se demuestra viabilidad estaríamos hablando ya de otro paciente y su tratamiento pasaría por otras opciones.

Un saludo

**Diego Fernández**

Estimado Diego:

Planteé también el uso de cocaína para IAM, el Dr Solana está en todo su derecho de no referir porqué motivo se infartó. Tal vez fue un comodio corbis (disección de DA traumática).

No ha planteado la causa del IAM ha planteado la indicación de CDI como prevención primaria.

Esperaría al remodelado y ver como evoluciona su FEY, si ya le colocas un CDI, los expertos me podrán ayudar aparte de las complicaciones, infección del bolsillo, descargas inadecuadas y lo perjudicial para su miocardio esto, la vida útil del mismo es poca actualmente, no se exactamente pero en 5 años (corríjanme si me equivoco), tendrías que estar recambiándoselo. Aca en Argentina el punto de corte para indicación en prevención primaria es con FEY menor de 30%.

Le realizaron una angioplastia obviamente sin lograr salvar su cara anterior, así que ya se encuentra revascularizado. ¿Qué pensás le aportaría un nuevo prodecimiento cuando no tiene evidencias de áreas en riesgo?. Ya mejorara las áreas perinecróticas y tal vez recupere algo más su función ventricular, tiempo es lo que necesita para remodelarse su miocardio con el tratamiento adecuado. Creo pensamos similar en diferentes palabras.

Un abrazo y espero que no seas hincha del Madrid.

Martin Ibarrola

---

Estimado Dr Ibarrola está claro que el eco dobuta es otra forma de buscar viabilidad al igual RNM con gadolinio. Mi planteo va a lo siguiente,

1) ¿cómo sabemos que la DA está permeable? Ninguno de los estudios me lo puede confirmar salvo por el hecho que no hizo una mayor expansión del infarto (no tiene aneurisma) La remodelación ventricular hablaría a favor de una DA abierta.

2) si las otras 2 arterias son sanas y la DA esta permeable. ¿Me sirve mucho evaluar la viabilidad si no hay posibilidades de revascularización? según refiere el Dr. Solana tiene tratamiento médico completo y está asintomático.

La pregunta del Dr Solana es si tiene indicación de CDI. y el tema de buscar viabilidad es para ver si puedo mejorar la Fey y no estemos en ese famoso límite entre el bien y el mal llamado 30%.

En resumen ,no creo que la viabilidad me ayude mucho si tiene DA abierta, no hay síntomas de IC ni arritmias es un paciente borderline para CDI y con 29 años creo que lo esperaría. Sí le seguiría la FEy de cerca con eco cada 6 meses o radiocardiograma y en todo caso evaluar caída de contractilidad con esfuerzo como marcador pronóstico pero no en busca de viabilidad.

Quizas ahora fui más claro. Perdón si no me di a entender antes.

Gracias

Ignacio Retamal

---

Estimados Dr. Retamal, Ibarrola y el resto, muchas gracias por los comentarios del caso este que la verdad no me deja dormir mucho (por la edad del paciente) con respecto al consumo de sustancias ya lo había descartado.

Lo que más me molesta es ese "PUNTO DE COHORTE" DE 30 % de FEY .

LES REPITO GRACIAS A TODOS Y SEGUIREMOS EN CONTACTO POR ESTA VIA.

Saludos

Emiliano Rodríguez Solana

Está claro que por la edad este paciente no deja tranquilo ni contento a nadie.

Creo que en lo personal infiero que si el miocardio es viable entiendo -y deseo- que la fracción de eyección aumente a expensas de que la zona atontada o hibernada -a estas alturas no recuerdo que tiempo de post infarto lleva- y por lo tanto pueda librar de las consecuencias de una FEY tan baja.

Uno de los compañeros ha comentado como estar seguros de la permeabilidad del stent colocado, si hubiesen dudas podría recurrirse a un nuevo cateterismo y estimar los distintos parámetros para el caso - flujo de reserva coronaria, fracción de reserva, I<sub>lvus</sub> etc.- con el fin de que nos orienten acerca de la resistencia del stent como que nos permitan inferir la resistencia del vaso en general -microcirculación-.

Creo que por la edad merece la pena agotar estas vías -primero conocer la viabilidad y luego buscar la posible revascularización sin dar por sentada la permeabilidad de la DA . al menos a priori-.

PD: Martín: No soy hincha de ninguno de los dos, pero entre ellos prefiero la humildad -no sé si sincera o fingida- del Barça a la prepotencia Madridista. He visto el partido y he aprovechado a mensajear a los amigos sufrientes.

Un saludo

**Diego Fernández**