

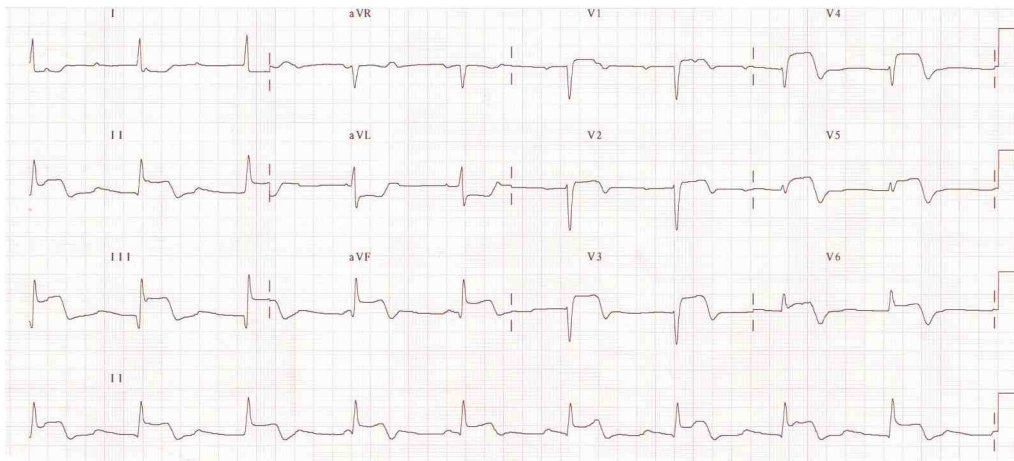
Hombre de 55 años con SCA. ¿Cuál es el vaso culpable? - 2009

Lic. Javier García Niebla

Edgardo

Este es un caso de Javier García Niebla (España).

¿En qué vaso y en qué segmento, consideran Uds que se encontrará la lesión culpable?



OPINIONES DE COLEGAS

Casos parecidos a éste los he visto en grandes coronarias derechas que llenan por circulación colateral una descendente anterior obstruída previamente. CD obstruída en segmento proximal, DA en 1/3 proximal con medio. Podría ser una gran DA que llega a

dar la descendente posterior, obstruída en 1/3 medio.
Sin duda que el árbol coronario más de una vez nos da sorpresas

Ignacio Retamal

Pensaría en DA antes de la primera septal, sin más datos puede ser un paciente con enfermedad coronaria crónica, y la coronaria derecha recibía por circulación colateral irrigación de la DA, hasta que ésta se tapó, la otra que es tenga dominancia izquierda y sigo pensando en DA, saludos

Francisco Femenia

Saludos a Todos: Interesantísimo ECG, y sugiero revisar el Cap. 11 del Libro del Maestro Dr. Antoni Bayés de Luna: Electrocardiografía básica, 2007. Tiene unos algorritmos muy útiles para dilucidar este ECG y otros relacionados al tema. Que estén muy bien, y hasta pronto,

Ricardo Pizarro

Por el ECG CD y DA, pero espero el informe final!

Graciela Cámara.

Estimado Adrián: ¿sería posible si tuvieras tiempo y la información que me comentas un poco de la H. clínica del paciente? creo que me ayudaría en mi aprendizaje para intentar no solo ver imágenes sino también poder relacionarlo un poco con la clínica, ya que es un ECG interesante. Espero no sea una molestia y desde ya te lo agradezco!!!

Nicolás Bonantini

Estudiante de Medicina

Nicolas.

El caso es de Javier Gardía Niebla (España) y está aceptado para publicación. Javier gentilmente me envió estas imágenes y consideré interesante ver que opinaba el foro sobre lesión culpable (las respuestas hasta ahora muestran:

1/3= Coronaria derecha

1/3= Descendente anterior

1/3= Ambas

No recuerdo el caso pero fue un evento coronario agudo (por el ECG, IAM obviamente).

Javier podrá contar más u ofrecer el PDF cuando este listo, supongo.

Se sugirió la lectura del libro del Prof. Bayes de Luna, y tengo entendido que Javier trabaja con él.

Tendré el gusto de compartir con el Prof. Bayes de Luna, conferencias en Polonia, en el próximo International Congress of Electrocardiology (al que pueda ir, es un simposio de lujo...).

Dr Adrian Baranchuk, MD FACC

Estimados amigos:

Interesantes respuestas. Se trata de un varón de 55 años que es traído a nuestro Centro por presentar dolor centrotorácico irradiado a la mandíbula.

A su llegada el paciente presenta intenso cortejo vegetativo, presión arterial no invasiva indetectable y pulsos periféricos ausentes.

La verdad es que podemos encontrar electrocardiogramas parecidos tanto por oclusión de la coronaria derecha como por la descendente anterior. En principio, ante un ECG así, es verdad que debemos buscar una explicación pensando en una anatomía coronaria diferente y/o un miocardio estructuralmente diferente.

Un cordial saludo,

Javier García Niebla.

Queridos amigos este é um caso muito semelhante ao analisado por o grande Prof Antoni Bayés de Luna em um livro lançado em 2008 que possivelmente eu faça a tradução para a língua portuguesa.

O livro de Bayés é uma jóia rara e pode-se adquirir na livraria [amazon.com](https://www.amazon.com) baratinho. Foi intitulado "*Electrocardiography in Ischemic Heart Disease Clinical*

and Imaging Correlations and Prognostic Implications". Os autores são A Bayés de Luna and M, Fiol-Sala Blackwell Futura 2008.

Na página 89 Chapter 4 está escrito:

Occlusion of a very dominant RCA (Right Coronary Artery) When the RCA is very dominant, the area at risk involves a great part of inferolateral zone that includes great part of inferior septum, the inferior wall and even the apex of LAD is short, great portion of the inferior and low-lateral wall.

The injury vector is directed downwards and posteriorly and a little rightwards. In the presence of occlusion proximal of RV branches, the injury vector will be more directed to the right and even may fall in the positive hemifield of V1.

This explains the ST isoelectric or even with slight elevation in V1. However, the presence of a local injury vector is necessary to explain the ST segment elevation in V5-V6.

Mas tarde Bayés escreve:

When the RCA is very dominant, an ST segment elevation $\geq 2\text{mm}$ may be seen in V6 (Nikus et al 2006) (apical inferolateral extension), but not I and VL. In the latter leads an ST-segment depression is seen, while in case of a quite dominant LCX there may be ST-segment depression in VL but usually not in lead I.

Por outra parte ha dissociação por bloqueio AV avançado com QRS estreito o que fala a favor de oclusão da RCA.

Andrés R. Pérez Riera.

Amigos

Esperamos con Javier algunas respuestas más y luego les damos el veredicto (avalado con Angiografía).

Dr. Adrian Baranchuk, MD FACC

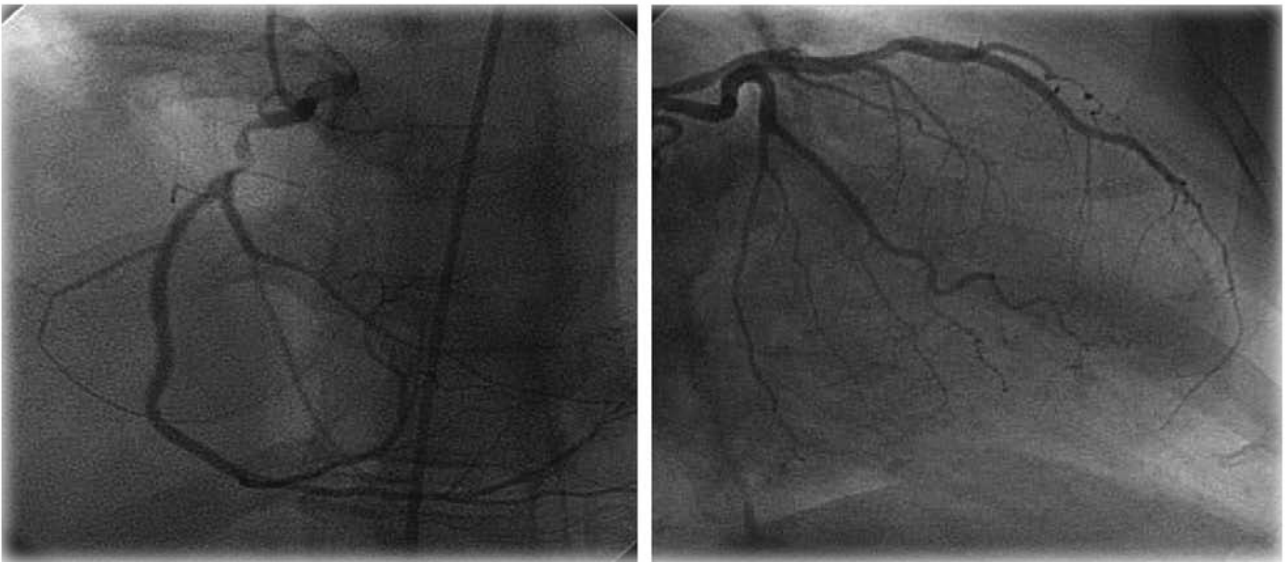
Considero que podría tratarse de una lesión en DA proximal o tronco de CI por estado hemodinámico que presentaba el paciente al ingreso y trastornos en el ECG (supradesnivel que podría corresponder tal vez a región apical, tratando de ser unicista).

AA

Edgard

Esta es la angio: Surprise

Es una CD proximal, como decía el Prof. Andrés!



Efectivamente, se trata de una oclusión proximal de la coronaria derecha con afectación por tanto del ventrículo derecho. Ante este tipo de oclusión habitualmente encontraremos ascenso del ST en II, III y aVF con ascenso en III > II, ascenso del ST en precordiales derechas (V3R, V4R...) y en V1 ascenso del ST o un ST isoelectrico. Incluso en ocasiones podemos registrar ascenso de V1-V3 con V1 > V3. Por ejemplo, en la oclusión de una CD corta encontraremos este tipo de patente.

En este caso, el ascenso en II, III y aVF (III > II) se explica por oclusión de la CD, el ascenso en V1-V3 por afectación del VD, de V3-V4 por la gran dilatación del VD que se expone fuertemente a precordiales intermedias y el ascenso de V5-V6 se explica por ser CD muy dominante llegando a irrigar la pared lateral baja del VI.

Un ECG parecido podemos registrar en la oclusión de la DA proximal que da la vuelta a la punta cardiaca e irriga la los segmentos basales que habitualmente pertenecen a la CD.

Un saludo a todos,

Javier García Niebla.

Efectivamente como ya lo mostrara Edgardinho, Fiol y col. Infarto agudo de miocardio (IMA) de la pared infero-dorsal es causado por oclusión de la arteria coronaria derecha o pronóstico depende de la arteria ocluida. Consecuentemente, la presunción de la arteria ocluido basado en el ECG realizado en la admision posee importancia clinica.

Fiol y colaboradores desarrollaron un algoritmo secuencial basado en la elevación o depression del segmento ST en diferentes derivaciones para predecir la arteria ocluida. (si la derecha o la circunfleja) en casos de infartos agudos infero-posteriores.

Los autores analizaron el ECG y la angiografia de 63 pacientes consecutivos en fase aguda de infarto con elevación del segmento ST en las derivaciones inferiores (II, III, y

aVF) y con oclusión de vaso único. Estudiaron especificidad, sensibilidad y los valores predictivos positivos y negativos de los diferentes criterios del ECG (elevación o depresión del ST) en forma individual y en conjunto para encontrar un algoritmo que mejor pudiese predecir la arteria ocluida.

Los siguientes criterios de ECG fueron incluidos en un algoritmo de tres pasos sucesivos:

1) Mudanzas en el ST en

2) Relación entre la elevación del ST en DIII/DII

3) Relación de la suma de las depresiones del ST en las precordiales de V1 a V3 con la suma de las elevaciones de los ST en las inferiores (II, III, y aVF).

La aplicación de este algoritmo en pasos sucesivos reveló la arteria responsable en más del 95% de los pacientes. Los pocos pacientes en que el algoritmo falló obedecía a la presencia de una circunfleja muy dominante con depresión del ST ≥ 0.5 mm en DI.

Los autores concuyeron que un cuidadoso análisis del ECG en casos de infarto agudo inferoposterior puede llevar a identificar la arteria responsable.

Andrés R. Pérez Riera