

Pacientes con espasmo coronario que no han presentado MS: ¿requieren implante de CDI? - 2004

Dr. Francisco Femenia

Estimados amigos: quería preguntar si tienen experiencia en pacientes con espasmo coronario severo, con tratamiento medico pleno, que no han presentado muerte súbita resucitada, si éticamente estaría indicado la colocación profiláctica de CDI. Sí hemos tenido en nuestro servicio 3 pacientes con el mismo cuadro pero con muerte súbita a los que se le colocó el dispositivo y en 2 de ellos hubo choques por FV,

Gracias,

Francisco Femenia

OPINIONES DE COLEGAS

Seria bueno actualizar el tema. Por demás interesante. ¿Podríamos conocer sexo, edad, factores de riesgo en estos pacientes?

¿Qué dice la literatura?

José Milei

Queridos amigos:

La pregunta de Francisco es sumamente interesante y que yo sepa la que él plantea no es una situación clínica que esté contemplada en las Guías de la Task Force de 1998 de la AHA/ACC (1)

http://www.sac.org.ar/Biblioteca/cardiodes/indic_cdi.html

En ese sentido diríamos que no existe evidencia que avale la indicación de un CDI es estos pacientes tipo angina de Prinzmetal sin antecedentes de síncope o de TV/FV

Agregaría a las preguntas que se formulan, ¿si indicarían un estudio EF para tomar la decisión, bajo apremio farmacológico con drogas evocativas de espasmo? La idea sería ver si ante ese apremio puede inducirse una TV.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

(1) Gregoratos G, Cheitlin MD, Conill A, Epstein AE, Fellows C, Ferguson TB Jr, Freedman RA, Hlatky MA, Naccarelli GV, Saksena S, Schlant RC, Silka MJ, Ritchie JL, Gibbons RJ, Cheitlin MD, Eagle KA, Gardner TJ, Lewis RP, O'Rourke RA, Ryan TJ, Garson A Jr. ACC/AHA guidelines for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Pacemaker Implantation). J Am Coll Cardiol 1998;1:1175-1209.

La task force de 1998 fue revisada y actualizada en el 2002, pero ciertamente esta indicación no está considerada ni aún como clase III.

En mi opinión, salvo que el paciente tenga otras características que lo pongan dentro de un grupo de riesgo de muerte súbita (baja FE), el CDI no está indicado como prevención primaria en este grupo, y creo que no hay evidencia en la literatura del beneficio de CDI para sostener la hipótesis del implante.

Adelqui Peralta

Estimada lista:

Nada les gustaría más a las empresas que venden desfibriladores que una nueva indicación profiláctica de los mismos.

Aquí algunos comentarios:

- Los pacientes con isquemia -en general- que hacen una muerte súbita no son la inmensa mayoría (es cierto que la muerte súbita es la causa de la muerte en la mitad de los que mueren antes de llegar al hospital con un IAM; pero esto no quiere decir que la mitad de los pacientes anginosos o con un IAM morirán antes de llegar a vernos a la guardia. Son muchos más los pacientes que tratamos con angina inestable o IAM que jamás han hecho ni van a hacer nunca una muerte súbita. Si mal no recuerdo, en 1993 Fuster publicaba en JACC un artículo que decía que si los desfibriladores costasen como un marcapasos, sería costo-efectivo implantarlos hasta en los pacientes que hacían una FV peri-IAM; exactamente por qué no eran la gran mayoría, y por qué debían de tener una especie de "inestabilidad eléctrica intrínseca" que los hacía más propensos a tener una arritmia ventricular maligna, cuando la gran mayoría de los pacientes con isquemia severa no desarrollan una muerte súbita).

- Los pacientes con angina de Prinzmetal no son tampoco la inmensa mayoría de la población con isquemia episódica

- Si un paciente con angina de Prinzmetal hace una muerte súbita, coincido en que deba de implantársele un desfibrilador, pero solamente sobre la base de que aunque pongamos algún desfibrilador de más, como son pocos pacientes, esto no tendrá un grave impacto sobre la salud pública; sobre la base de que nuestro tratamiento para prevenir los episodios de angina de Prinzmetal no es perfecto (ergo: al próximo espasmo hay la posibilidad de otra arritmia maligna); y sobre todo por que a causa de ello no tenemos la falsa confianza que tenemos en el resto de los isquémicos, donde al poner un stent -más si tiene algún medicamento incluido- creemos que los hemos curado de su enfermedad. Nadie nos asegura que un coronario estandar que ha hecho una muerte súbita peri-IAM no va a volver jamás a hacer otro IAM (y potencialmente, dado su "inestabilidad eléctrica intrínseca" otra muerte súbita); pero desgraciadamente los coronarios estandar son la inmensa mayoría y los desfibriladores son muy caros; pero bueno esa es otra canción.

Así que coincido no por convicción sino por ignorancia, que a los Prinzmetal que hacen una muerte súbita se les debe implantar un desfibrilador; no a todos los Prinzmetal en "prevención primaria"; pero pronóstico que algún día, toda muerte súbita resucitada, poco importa si tiene o no causa corregible, saldrá del hospital con su desfibrilador puesto.

Saludos

Felix Ayala Paredes

Estimados amigos, amplío un poco el caso: la paciente en cuestión lleva 10 días internada con tratamiento médico pleno en dosis adecuadas incluido tratamiento ansiolítico manejado por un especialista; el diagnóstico es clarísimo a través de coronariografía constatándose un severo espasmo en coronaria derecha. Especialmente, en el día de ayer presentó un episodio estando monitorizada en unidad coronaria, de 5 minutos de duración con supradesnivel en cara inferior y la presencia de extrasistolia ventricular monomorfa mientras duró el episodio que cedió con nitritos. Durante los períodos asintomáticos no presenta ningún tipo de arritmias.

Comenté que teníamos en el servicio alguna experiencia pero con pacientes que presentaron ~~afortunadamente durante la internación~~ muerte súbita resucitada, pero también tuvimos un paciente similar a esta última paciente que durante la internación y hasta el alta el espasmo se controló con tratamiento habitual; fue dado de alta y al llegar a su domicilio presentó un cuadro de angor similar al que había motivado su internación, y falleció.

Acá esta al menos mi problema ético, a pesar que como bien nos informa Edgardo no existen normas orientadoras ni trabajos que avalen la colocación de CDI profiláctico, no podemos desconocer cual es la causa de muerte de este grupo de pacientes con espasmo maligno o severo, obviamente y del mismo modo nadie asegura que con el dispositivo no se mueran, pero puede ser un elemento terapéutico profiláctico más de ayuda, sobre todo porque la paciente tiene 58 años y además como factor agregado es médica internista,

Con todos esto elementos queda abierta la discusión la cual como siempre dará alguna luz basada en el sentido común,

Gracias,

Francisco Femenia