

# Paciente femenina de 36 años que consulta por severo dolor retroesternal – 2009

Dr. Ivan Castañeda

Buenas tardes Edgardo

Esta es mi primera intervención en el foro al cual estoy inscrito desde hace varios años y quiero hacerlo con este interesante caso:

Paciente joven de 36 años de edad que consulta a urgencias por severo dolor retroesternal que comenzó mientras tenía sexo, 15 minutos previos. Dolor típico opresivo irradiado al brazo izquierdo.

Nunca había tenido un dolor similar.

Como antecedentes personales importantes, cirugía de by-pass gástrico hace 5 años, perdió 130 Lb., anemia crónica (secundaria al by-pass)

Fumadora, y muy tomadora de café, no antecedentes de enfermedad cardiovascular o diabetes

Al examen es una paciente muy delgada (bajo peso 45Kg.) Ansiosa por el dolor, pulmones claros, ritmo cardíaco regular, no soplos.

Signos vitales: P: 112/ 77, T.37. 1 P. 68 SPO2 100 % con O2 vía nasal can. 2 Lt.

Se tomo el primer EKG. (adjunto).Enzimas cardiacas:

Panel cardiac rapid test (Myoglobine, CK-MB, Troponine) Fueron negativas.

CK Total: 83 MB: 2 U/L, Todos los electrolitos estuvieron dentro de límites normales (Na, K, Cl, Mg, Ca)

Manejo con aspirina, nitroglicerina 2 puff sublingual, repetidos, sin alivio del dolor

Bolos repetidos de Morfina, le calmaron parcialmente.

2 Horas mas tarde se toma un segundo EKG.

Se inicia goteo de nitroglicerina, Plavix 300 mg. Oral, Enoxaparina 30 mg. IV y 45 mg. Subcutáneos y se preparó para remitir a una unidad cardiovascular.

2 horas más tarde (4 horas de iniciado el cuadro) antes de la remisión se toma un tercer EKG.

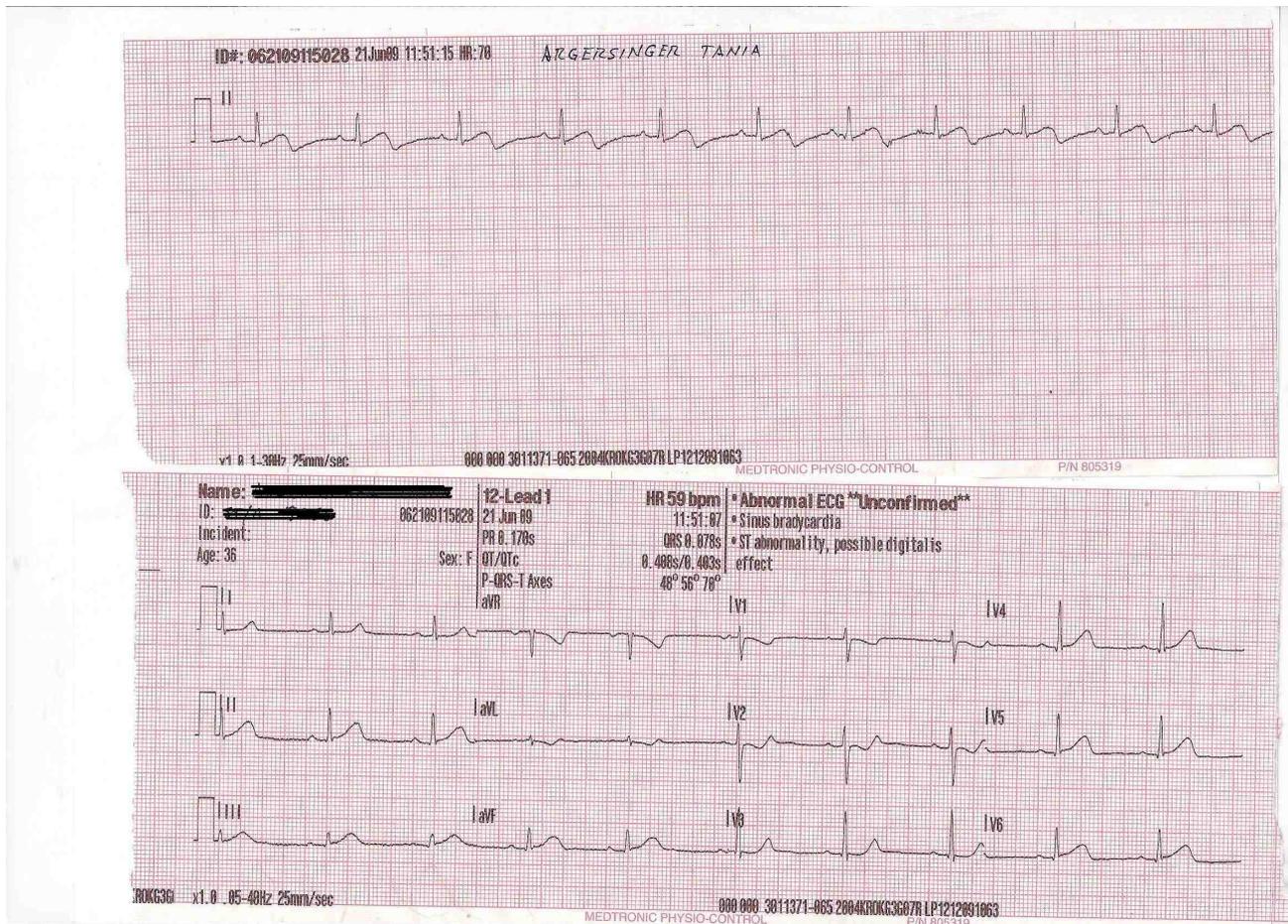
Panel cardiac rapid test (Myoglobine, CK-MB, ligeramente positivas, Troponine: negativa)

CK Total: 140 MB: 6 U/L

Después del último EKG la paciente fue llevada a una unidad coronaria, de la cual se fue (caminado) al día siguiente sin recibir ningún tratamiento extra, en contra de la opinión del cardiólogo por que ya se sentía bien.

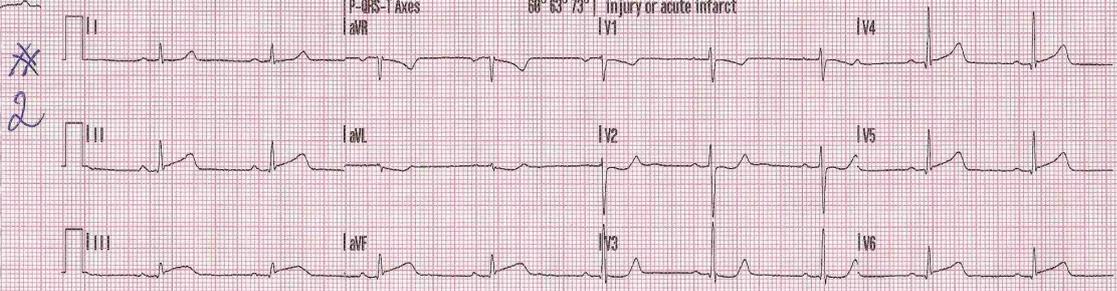
Agradezco su valiosísima opinión en este caso.

Ivan Castañeda



ID# Name: [REDACTED] 12-Lead I  
ID: 062109141958 21 Jun 09  
II Incident: PR 0.178s  
Age: 36 Sex: F QT/QTc 0.422s/0.407s  
P-QRS-T Axes 60° 63° 73°  
aVR

HR 56 bpm 14:22:07  
QRS 0.076s  
0.422s/0.407s  
60° 63° 73°  
\***ACUTE MI SUSPECTED**\*  
\***Abnormal ECG**\*  
\***Unconfirmed**\*  
\* Sinus bradycardia  
\* ST elevation consider inferolateral injury or acute infarct

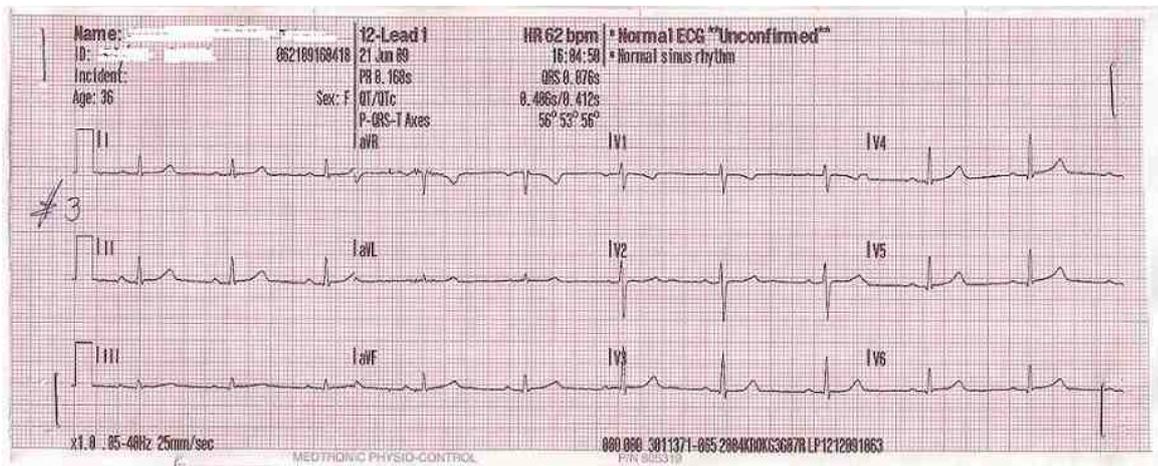


x1.0 x1.0 05-40Hz 25mm/sec

800 800 3811371-865 2004KROK36078 LP1212091063

MEDTRONIC PHYSIO-CONTROL

P/N 8053



## OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Ivan:

Muchas gracias por enviar este caso interesante.

Antes de seguir razonando sobre su caso me gustaria que nos responda incialmente estas dudas:

- 1) Usted menciona típico dolor opresivo severo retroesternal que comenzó mientras tenía sexo, 15 minutos previos. Previo a que? al acto sexual? No me parece lógico comenzar el acto sexual con dolor
- 2) No está claro para mi cuanto tiempo de dolor tenia la paciente desde que llegara la sala de emergencia. Puede comentar?
- 3) ¿Por qué o cuál fue la causa de esa cirugía de by-pass de estómago hace 5 años? ¿Qué motivó la misma? ¿Con qué finalidad ser realizó?
- 4) Usted usa la abreviatura Lb: libras? ¿Vive en un Pais anglosajón? La libra es una unidad de peso de la antigua Roma equivalente a 12 oncas. Dice que perdera 130Lb y a seguir comenta que

pesa 45Kg, lo que me hace dudar de que lb pueda ser otra cosa. Caso lb fueran libras ¿a cu+antos kg corresponde 130lb?

Por lo menos yo podré comentar su caso a partir de estos esclarecimientos iniciales.

Andrés R Pérez Riera.

---

Andrés:

Se refiere a que el dolor comenzó 15 minutos después de iniciado el acto sexual.

120 libras corresponden aproximadamente a 59 Kg.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

---

Buenas tardes!

En los dos primeros ECG anexos, se observa un discreto supradesnivel del segmento ST en II, III, AVF, V5 y V6 con cambio recíproco en V1 y V2, lo que correspondería a una lesión subepicárdica íferolateral (de acuerdo a la nueva clasificación de IM del Dr. Bayés de Luna) íferodorsal (de la vieja usanza).

Además teniendo en cuenta que es una mujer y con bajo peso, probablemente la configuración de su corazón tenga la denominada "*U shape*", que le confiere ese 5% de posibilidad de tener una pared posterior propiamente dicha, en todo caso hubiera sido muy útil tener derivaciones V7, V8, V9 (posteriores) y V4R.

Sin embargo, para ser un síndrome coronario agudo con elevación del ST, la curva isquémica que nos ofrece, no muestra troponina positiva (que ya para segundo control se encontraría en ventana útil) y en el ECG final no hay cambios evolutivos propios del IM. Hay dos cosas importantes a plantear, una, la paciente es muy joven y sin factores de riesgo para IM, se puede plantear angina vasoespástica (¿usaron BCC en su

tratamiento?, ¿no mejoró con NTG?, ¿se interrogó sobre el uso y abuso de drogas ilícitas?), la otra, se mencionó que la paciente tenía anemia (¿es este un corazón anémico?, es raro para tener una FC tan normal (68 lpm), cuánto era su Hgb?). Lástima que se fue contra opinión médica y no vamos a obtener éste y otros datos que faltan en su aproximación clínico-terapéutica.

Un Ecocardiograma hubiera ayudado también...Hemos visto (y cada vez con más frecuencia) SCA en pacientes jóvenes.

Una última acotación, esta paciente con cambios en el ECG sugestivos de isquemia, con dolor típico, llegando a pocos minutos de inicio de los síntomas debían haberla llevado (de ser posible) a un laboratorio de Hemodinamia para realizar coronariografía y probablemente angioplastia primaria y de no haber esa posibilidad iniciar terapia trombolítica.

Me parece que si sospecharon SCA, diagnosticaron SCA con elevación del ST e iniciaron terapia anti-isquémica y anti-trombótica, ¿por qué no actuaron con lo indicado para tratar elevación del ST?

No hubiera esperado tanto, menos en una paciente tan joven donde minutos en el inicio del tto se reflejan en miocardio perdido.

Gracias a Dios o la arteria reperfundió espontáneamente o era vasoespasmo.

Yoly.-

(Dra. Yolanda Abreu H. Caracas-Venezuela).-

---

Saludos a Todos: Y Felicitaciones al Dr. Iván Castañeda por decidir "lanzarse al agua" con este excelente caso; también me asaltaron las mismas interrogantes que al Dr. Andrés R., y también si dispone en la Historia de la paciente:

1) ¿cuánto tiempo + o - fué la duración del dolor + intenso?,

2) ¿causas de Dolor torácico no cardíaco o inespecífico, como espasmo esofágico y que también cede con vasodilatadores? (¿tiene una Rx de Tórax PA o AP?), y que también

podrían dar morfología ecgráfica de SCA, como el que parece verse en el ECG N°2 (¿este ECG coincidió con el dolor + intenso?) con supradesnivel del punto J y segmento ST en DII, DII y aVF con infradesnivel del ST en aVL, y de V1-V3, lo que nos coloca probablemente ante un SCA (¿sin elevación de enzimas cardíacas?) que pudiéramos dilucidar utilizando el algoritmo (pag. 116) que propone el Dr. Antoni Bayes de Luna en su excelente libro: Electrocardiografía básica. 2007, en el que con un supradesnivel del ST en II mayor que en DIII, estamos ante oclusión de art. circunfleja, pero si no lo consideran así (aumente el ZOOM de la imagen), entonces tomamos que si la sumatoria de los infradesniveles del ST en V1-V3 es mayor al supradesnivel del ST en DII, DIII y aVF reafirmamos que la arteria culpable (si la hubo) es la art. circunfleja, pero si la relación antes mencionada es menor a 1, entonces la art. culpable (si la hubiera) sería la art. coronaria derecha.

3) También sugiero revisar la excelente presentación del Dr. Shlomo Stern del ISNE/ISCP Internet Symposium sobre IAM e Isquemia miocárdicas (me está sirviendo el repaso): Coronary Spasm: A 2008 Update (si no pueden acceder se las envío a su email personal) y en donde también hace referencia a un trabajo publicado por el Maestro A. Bayés de L en 1985 relacionado a este caso, en donde menciona a la angina variante relacionándola con disfunción del SNA en doble vía; bueno, es mejor leerlo. Todo esto en caso que solo sea una variante de SCA.

4) ¿se programaron Holter?

5) Parece que estamos ante una joven mujer con anorexia nerviosa (se le fué la mano con la rebaja de su peso). Por lo que también revisé un artículo que tenía grabado, de la prestigiosa publicación on line MEDWAVE ([www.mednet.cl/](http://www.mednet.cl/)): Manejo de Comorbilidades en la Obesidad II: Dislipidemia, hígado graso, Apnea del sueño, Cardiopatía, en donde utilizan el para la categoría de riesgo de dislipidemia el NCEP ATP III y en donde en la pag. 8, hacen mención de anomalías cardíacas en la obesidad, entre las que destacan: HVI, HVD, Disf. diastólica, Disfunción autonómica y Arritmias, y con la paciente que nos ocupa, a pesar que ya no está con obesidad extrema que presentaba hasta hace 5 años, pudo no resolverse ni atenderse alguna de estas alteraciones cardíacas, la cual progresó y está afectando a la paciente. También les puedo enviar este artículo a sus emails.

Bueno, todo esto no son más que elucubraciones, y así es que encuentro más interesante y aprovechable este caso; de seguro que no dí en el clavo, pero me divertí un montón durante el trayecto; que estén muy bien y hasta pronto,

Ricardo Pizarro.

Creo que los cambios sugieren una afectación derecha y, probablemente hablemos de un espasmo coronario. Me llama la atención que la paciente ya en una unidad de cardiología no se le realizó una coronariografía para descartar las posibles lesiones coronarias y sobretodo esa alta voluntaria ¿no es sospecha de consumo de drogas? ¿Qué tratamiento se le dio al alta o que recomendación?

Dr. Oswald Londono

---

Quiero hacer otros comentarios al respecto del caso.

Trabajo en una compañía de cruceros, tenemos un Medical facility, con más o menos recursos para tratar la mayoría de urgencias (incluso para hacer trombolisis: tenecteplase) mientras se considera la posibilidad de evacuar al paciente.

En este caso, luego del segundo EKG, pensamos en hacerle trombolisis; estuvimos en contacto con un cardiólogo en el Cleveland Clinic in Miami, quien nos asesoró y sugirió evacuar la paciente en helicóptero para llevarla a una unidad cardiovascular. (no recomendó hacerle trombolisis). 4 horas más tarde la paciente fue evacuada en Helicóptero, hacia una isla donde fue ingresada a una unidad cardiovascular. Allí estuvo menos de un día y la paciente firmó retiro voluntario, se fue hacia USA, donde vive y desdichadamente no supimos más del caso.

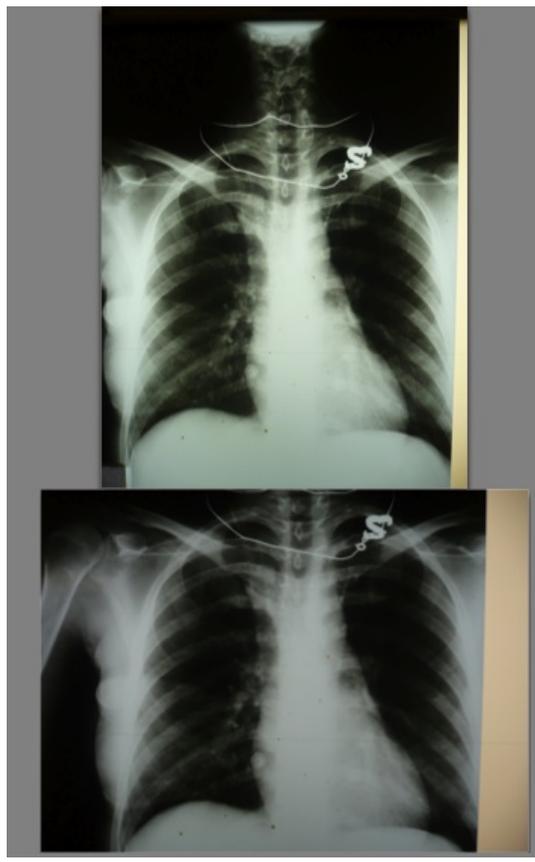
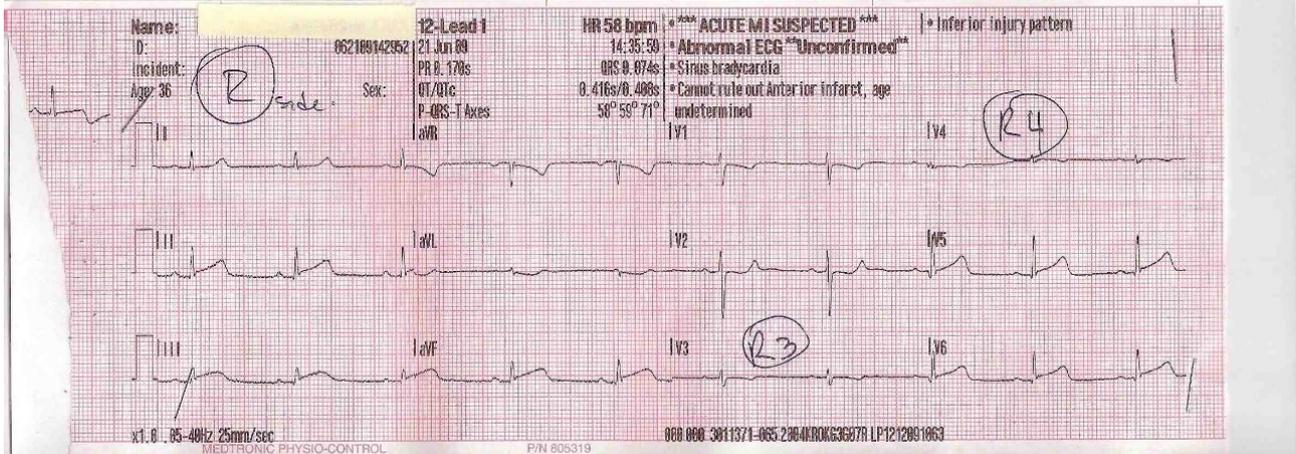
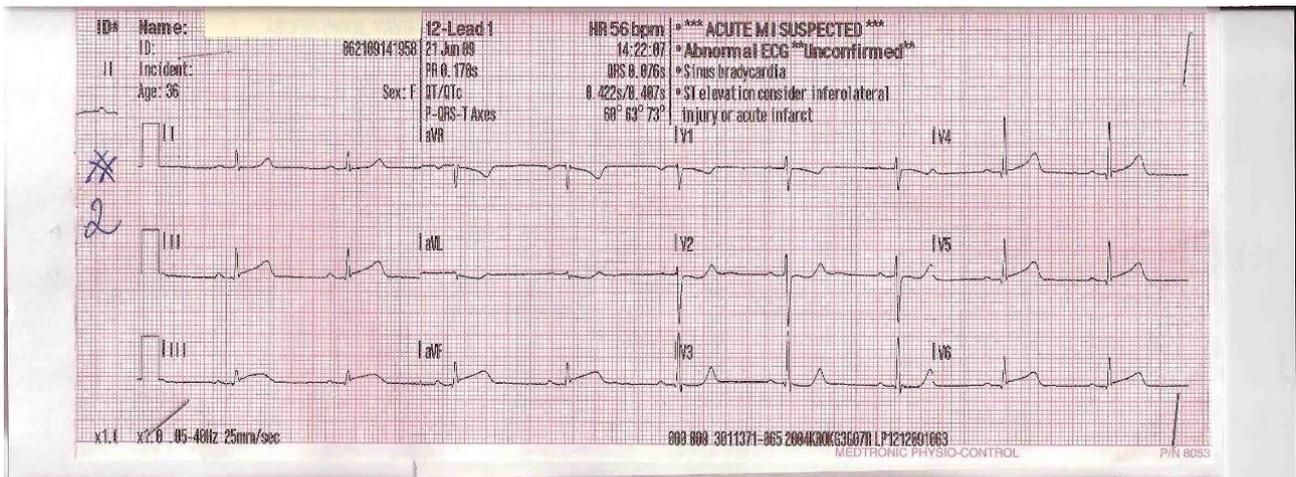
La interrogamos por uso de drogas ilícitas y siempre lo negó. La Hb: 9.0 gr/dl

Le tomamos rayos X de tórax en el cual me parece que la silueta cardiaca no está muy normal que digamos, me parece como algo "en bota" no tenía soplos ni frote.

Tambien adjunto el EKG con derivaciones derechas V3R, V4R.

Luego del tercer EKG pensamos en una angina de Prinzmetal.

Ivan Castañeda



En nuestro medio la paciente correspondería a un SCA CSDST, en pared infero-lateral, como tal tiene indicación de trombolísis (tabaquismo cr) y posterior estudio coronario o bien coronariografía y procedimiento de acuerdo a los hallazgos. Muy de acuerdo con el Dr. Londono, es muy postulable la probabilidad de drogadicción, de hecho hemos tenido pacientes de hasta 19 años con IAM después del uso de cocaína. En ello se ha encontrado importante material trombótico.

Un abrazo.

Roberto González

---

Prezado Dr. Ivan Castaneda. e demais colegas do Fórum:

Vejo que o estimado colega está em uma posição que requer excepcionais qualidades médicas e de muitas responsabilidades inclusive me parece em uma posição muito delicada. Mas o seu caso nos traz algumas preciosas lições. Senão vejamos:

1. Mais ou menos recursos para urgências em alto mar... Colega sua afirmação me faz refletir muito em uma viagem na Companhia Marítima em que trabalha, embora sua presença como médico nos daria um certo descanso.
2. A sua comunicação científica traz ricas informações, mas este trabalho sempre requer quanto mais possa ter em clareza e precisão ( Quantas dúvidas levantou o Prof. Riera com as quais comungo)
3. Há e digo com tristeza, em minha própria casa (Brasil) um excesso destas bariatrias muitas delas sem indicação, preparo, técnica e todo o arsenal médico-ético-profissional que elas requerem, se é como penso um by-pass para obesidade.
4. Se ela fez, deduzindo das informações, a bariatria para perda de peso com 105 k(+/- 60 k + 45 k) não sei a altura para fazer índice corporal mas se voce diz que 45 k é muito delgada confirma minha impressão quanto a dúvida sobre a indicação do by pass e suas consequências como vimos.
5. Embora 36 anos seja jovem e ainda sendo mulher ela tem o principal fator de risco para Doença arterial coronária: tabagismo imoderado e crônico (Interheart).

6. Finalmente ao Raios-X há um desenho de um colar radio-opaco com uma peça que se fica na projeção do esôfago e se segura por um colar não radio-opaco iria trazer séria confusão diagnóstica.

7. Agradeço a apresentação do caso, acho que a conduta foi correta, aliás digo melhor é bem possível que seria o que eu faria.

Ao querido colega aguardo outras apresentações enquanto peço-lhe e aos demais companheiros do Forum,

desculpas por minha impertinência.

Cordialmente.

Dr. Adail - Bahia - Brasil

---

Estimado Iván, con la historia clínica que nos muestras y el ECG no cabe duda que estuvieron ante un síndrome coronario agudo con ascenso del ST. El ECG va a favor de oclusión aguda de una ACD muy dominante después de la arteria del ventrículo derecho.

Un cordial saludo,

*Javier García Niebla.*