

# **Paciente masculino de 54 años portador de severa cardiopatía coronaria – 2006**

Prof. Dr. Luis H. Russo

Consulta para los expertos en arritmias, pido disculpa por lo extenso:

Paciente hombre de 54 años.

Antecedentes familiares: el padre murió de un ataque al corazón en 1969 cuando tenía 52 años

La madre murió durante una operación de bypass a la edad de 66 años

El único hermano murió de muerte súbita mientras caminaba (haciendo gym) a la edad de 55 años.

Otras: Reflujo Gástrico y Gastritis crónica con estomago hipertónico y pióro espasmódico; divertículos, colon irritable, Síndrome metabólico (hiperinsulinico); Medicado con pantoprazol - EUDON que combina Bromazepan 1,5 mg Clebopride, malato ácido 0,5 mg Simeticona 200 mg - Rosiglitazona - MEDIANAMENTE TODO BIEN CONTROLADO.

En 1996 se le practica By Pass Ao-Co (2 puentes a coronaria izquierda) uno con la mamaria y otro venoso sobre la circunfleja.

En holter practicado en MARZO de 2005 se informa:

Medicación - Atorvastatina - Ezetimive .

Holter continuo 24 hs 3 canales - estado sólido que muestra durante todo el estudio RITMO DE ORIGEN SINUSAL con FC promedias en forma horaria que oscilaron entre 64 y 126 latidos por minuto. Presentó como fenómenos arrítmicos EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES MONOMORFAS en número significativo de presentación aisladas, frecuentes y bigeminadas con mayor incidencia en la actividad diurna vespertina. EXTRASÍSTOLES SUPRAVENTRICULARES en menor número de presentación aisladas y frecuentes.

A partir de allí se medica con AMIODARONA 200mg de LUNES a JUEVES descansando viernes sábado y domingo.

El 14/4/2005 se realiza una Cámara Gamma -perfusión en reposo y esfuerzo spet -

Medicación amiodarona, atorvastatin, ezetimive

Conclusión captación homogénea en todos los segmentos miocárdicos en reposo no cambia - Ergometría 79% sin arritmias sin ángor tensión acorde al esfuerzo.

EL 19/12/05 SUFRE UN INFARTO durante el cual se le practica angioplastia sin éxito informándose:

Impresión Diagnostica: Angioplastia transluminal coronaria directa de oclusión difusa con imagen de trombos en el tercio proximal del PUENTE VENOSO a arteria circunfleja, con flujo TIMI II del mismo no exitosa, con oclusión total del puente e incluso posterior a la colocación de un Stent Multi Link Zeta 3.0mm .18mm

Se observa la obstrucción total del puente venoso desde su origen.

La recuperación fue en 2 días según daban la enzima y mejoraba el ECG.

Se me agrega a la medicación anterior:

ECOTRIL ácido acetilsalicílico 81mg 1 por día

CLODIAN clopidogrel (hidrógeno sulfato 97.85mg) 75.00mg 1 por día

Se mantuvo en reposo relativo con caminatas tranquilas casi todos los días durante unos tres meses y

El 23/3/06 se realiza una cámara gamma -perfusión en reposo y esfuerzo spect con el siguiente informe:

Medicación: amiodarona, simvastatina, ezetimive, clopidogrel, ácido acetilsalicílico

I- Ergometria :

1- Prueba suficiente (87 de la FMT) detenida por agotamiento muscular

2- No desarrolló cambio en el segmento ST-T ni ángor hasta el doble producto alcanzado. Presento EV aislada en el registro basal.

3- Comportamiento tensional acorde con el esfuerzo desarrollado

II Perfusión Miocárdica

1- Esfuerzo: las imágenes obtenidas luego del stress evidencian una severa y extensa hiperfusión lateral, ínfero-lateral, inferior y parcialmente ínfero-latero-apical.

2- Reposo: en las imágenes basales mejora significativamente la perfusión inferior.infero-latera e infero-latero-apical, persistiendo con una moderada hipocaptación lateral e infero-lateral.-

CONCLUSIONES: signos centelográficos compatibles con fibrosis lateral e ínfero-lateral de mediana extensión y en parte no transmural, y parcialmente con posible tejido viable.

Isquemia severa y significativa inferior, infero-lateral y parcialmente lateral en su mayor parte perinecrótica hasta el doble producto alcanzado.

EL 4/4/06 se le practica otra cinecoronariografía que realizó el mismo equipo, informando lo siguiente:

Coronaria izquierda se bifurca en sus ramas descendente anterior y circunfleja.

La arteria descendente anterior se obstruye totalmente en su tercio medio, esta arteria recibe circulación de un puente mamario izquierdo permeable, con buen lecho distal de la arteria nativa.

La arteria circunfleja presenta una obstrucción en los ramos marginales, sin lecho distal en su origen, esta arteria recibe circulación heterocolateral desde arteria coronaria derecha en forma inadecuada.

La arteria coronaria derecha es el vaso dominante, con irregularidades en su tercio medio, esta arteria da circulación heterocolateral a la arteria descendente anterior, como ya se mencionara.

El puente venoso de la arteria circunfleja se encuentra obstruido en su origen.

Se realiza una aortografía torácica en OAI de 45° constatándose una válvula aórtica tricuspide no calcificada ni insuficiente.

#### CONCLUSIONES:

- V. I. Con aquinesia de cara inferior, con volúmenes de fin de sístole y fin de diástoles aumentados, presión de fin de diástole aumentada, y F. E. Disminuida (40%).
- Artografía torácica dentro de límites normales.
- Puente venoso a la arteria circunfleja obstruido en el origen.
- Obstrucción total de arteria descendente anterior en el tercio medio
- Puente mamario a tercio medio de arteria descendente anterior permeable, con buen lecho distal.
- Obstrucción de ramos marginales de arteria circunfleja en el origen, sin lecho distal.
- Circulación heterocolateral inadecuada desde arteria coronaria derecha, al tercio proximal de arteria descendente anterior.

#### IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- Enfermedad arterial coronaria con compromiso de 2 (dos ) vasos
- F. V. I. Disminuida.
- Artografía torácica dentro de lómites normales.

Estado clínico del paciente: no fumador, bajando el colesterol, comida sana sin sal ni alcohol. Sin síntomas, durante vida normal, y aún haciendo algo de caminatas que

provocan sudor (140 pulsaciones con una presión de 160/85 en esfuerzo y promedio en reposo 120/80) no se siente ningún síntoma.

CONSULTAS:

¿Coinciden con que todo parece indicar que el tratamiento a seguir es medicamentoso, continuar con la vida sana y actividad física esperando una revascularización colateral cada vez más eficiente haciendo disminuir la isquemia en esfuerzo?

La cuestión es la continuidad del tratamiento con amiodarona como antiarritmico ¿alcanzá con suspender 3 días a la semana para evitar las reacciones adversas como concentraciones pulmonar y ocular? ¿Que controles indican la acumulación específica?

¿Convendría cambiar por un Bloqueante como Carvedilol?

O basado en el estado clínico y la buena tolerancia a toda la actual medicación, seguir con el presente tratamiento y no innovar? - ¿Quizás suspender el clopidogrel?

Muchas gracias

Prof Luis H. Russo

Argentina - Jubilado

---

## OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Colega:

Respecto de su consulta sobre el paciente de 54 años, le diría que en mi modesta opinión,, no tiene indicación de amiodarone así como tampoco la tuvo anteriormente.

Creo sí, que debió estar bajo B bloqueantes y aspirina además de la estatina. Actualmente además de la rehabilitación, la estatina y la aspirina, tiene indicación de enalapril, y carvedilol, titulándolo hasta la dosis más alta tolerada.

Saluda cordialmente

Josè Luis Suàrez

Buenos Aires

Estimado Profesor, por lo expuesto me parece la presentación de un caso particular quizás el suyo, opinar donde está actuando un equipo de cardiología multidisciplinario probablemente le aporte poco, pero si puedo sugerirle unas lecturas interesantes una sería la guía de la American Heart sobre infarto con supradesnivel del ST y la otra un suplemento de noviembre del 2005 de la revista CLINICAL CARDIOLOGY (no tiene desperdicio), que habla del manejo post infarto de los pacientes. Si Ud lo desea escríbame a y se lo envío con gusto.

Saludos.

Simón Pero

---

Hola Profesor, por su relato entiendo que la arritmia ventricular es la expresión de la cardiopatía isquémica de ese paciente, en estos casos el riesgo de muerte súbita es alto (3 veces más que si no tuviera la EV) por lo que debe seguir con AAO (antiarrítmicos orales), hoy por hoy sabemos que el AAO de elección en estos casos es el BB (betabloqueante) han demostrado una significativa reducción de la MS, y la Amiodarona sería el AAO de segunda línea, pues ha mostrado un efecto neutro sobre la mortalidad en esta cardiopatía.

En mi opinión le cambiaría a BB (de no tener contraindicaciones para estos), aunque actualmente su paciente no tenga EV, el riesgo de MS está latente y es alto. Es una cuestión de medicina basada en la evidencia científica. Y mientras espero la opinión de Cirugía Cardiovascular para valorar la terapia de reperfusión coronaria.

Saludos.

Dr. Tomás Campillo.

