

Hombre de 37 años con FR que presenta episodio de angor prolongado de reposo

Dr. Diego Villalba Paredes

Hace 15 días ingresó al hospital donde trabajo un hombre de 37 años, como FRCV de importancia se filiaba el sedentarismo, sobrepeso, dislipemia; hiperuricemia y un abuso de sustancias (alcohol, base de cocaína) que según el paciente lo realizaba de forma recreativa.

Negó antecedentes de cardiopatía isquémica o muerte súbita familiar prematura en familiares de primer grado. Durante la media noche y en reposo presentó de forma súbita dolor opresivo en hemitórax izquierdo con irradiación a hombro y brazo ipsilateral de intensidad 8/10 sin otros síntomas acompañantes. Acudió a la emergencia 1 hora luego del inicio del dolor con la misma intensidad, clínicamente se encontraba en Killip Kimball I con el siguiente trazado electrocardiográfico.

Como observarán hay un AQRS desviado a la derecha, ondas q anormales en cara inferior y lateral (V5 –V6) con una onda R alta en V1 (a manera de una secuela en la cara inferolateral o el antiguo infarto de cara inferoposterior) y un bloqueo de rama derecha de bajo grado pero sin alteraciones en el ST –T (el ECG se hizo con dolor).

Los biomarcadores (troponina I de IV generación con un coeficiente de variabilidad de 0.06) registraron una curva que comenzó a descender rápidamente y por los niveles encontrados presumía una zona de necrosis pequeña:

TROPONINA I: 0.53 (14/08/2020 00:11)

TROPONINA I: 4.58 (14/08/2020 00:35)

TROPONINA I: 22.78 (15/08/2020 00:01)

TROPONINA I: 21.25 (15/08/2020 06:04)

Se analizó como un dolor torácico de características atípicas con una probabilidad pretest para enfermedad coronaria del 4% (EHJ 2019 00,1-71), se calculó el score Heart el cual era moderado (4 puntos). Se estableció el diagnóstico inicial de un Infarto del miocardio sin elevación del ST en Killip Kimball I, con bajo riesgo

isquémico (Grace 59 puntos) si bien existía una alta sospecha de no ser un infarto tipo I (por accidente de placa) y ante la limitada capacidad del hospital se decidió realizar estrategia invasiva temprana (dentro de las primeras 24 horas) a pesar de no tener un sustento clínico importante (NEJM 2017; 376:2053-64) y establecer otras causas de infarto del miocardio sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA).

La coronariografía evidenció una lesión oclusiva del 1/3 proximal de la descendente posterior y una lesión severa (85%) de la circunfleja en 1/3 medio (codominancia) . Se implantaron 2 stents farmacológicos en dicho territorio. Posteriormente se realizó un ecocardiograma que observó una acinesia ánterolateral basal y media e ínferolateral basal quedando con una Fey del 58%.

Del caso de este paciente saqué varias conclusiones: que todos los infartos del miocardio sin elevación del ST requieren una coronariografía para establecer un accidente de placa o un MINOCA. Que el score isquémico (GRACE) infravalora a pacientes jóvenes de todas formas fue desplazada su indicación a IIa en las actuales guías NSTEMI europeas 2020 (EHJ 2020. 00,1-79). La fisiopatología de este caso (lesión oclusiva) debió producir una elevación del ST quizá la codominancia impidió dicha corriente de injuria subepicárdica.

Saludos Cordiales

Diego Villalba Paredes

Quito – Ecuador

Nota: se adjunta el ECG e imágenes de la CCG.

Aug 2008





