

Paciente masculino de 63 años con SCA que fallece luego de la CCG – 2014

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Me gustaría compartir este caso con colegas del foro..

63 años-hombre, ingresó con síntomas de síndrome coronario agudo típico en la sala de emergencias. Después de un retraso de 9 horas (por desgracia!!!) fue enviado al laboratorio de hemodinámica con cuadro clínico inestable.

El paciente presentó una asistolia cardiaca irreversible (actividad eléctrica sin pulso) inmediatamente después de la coronariografía.

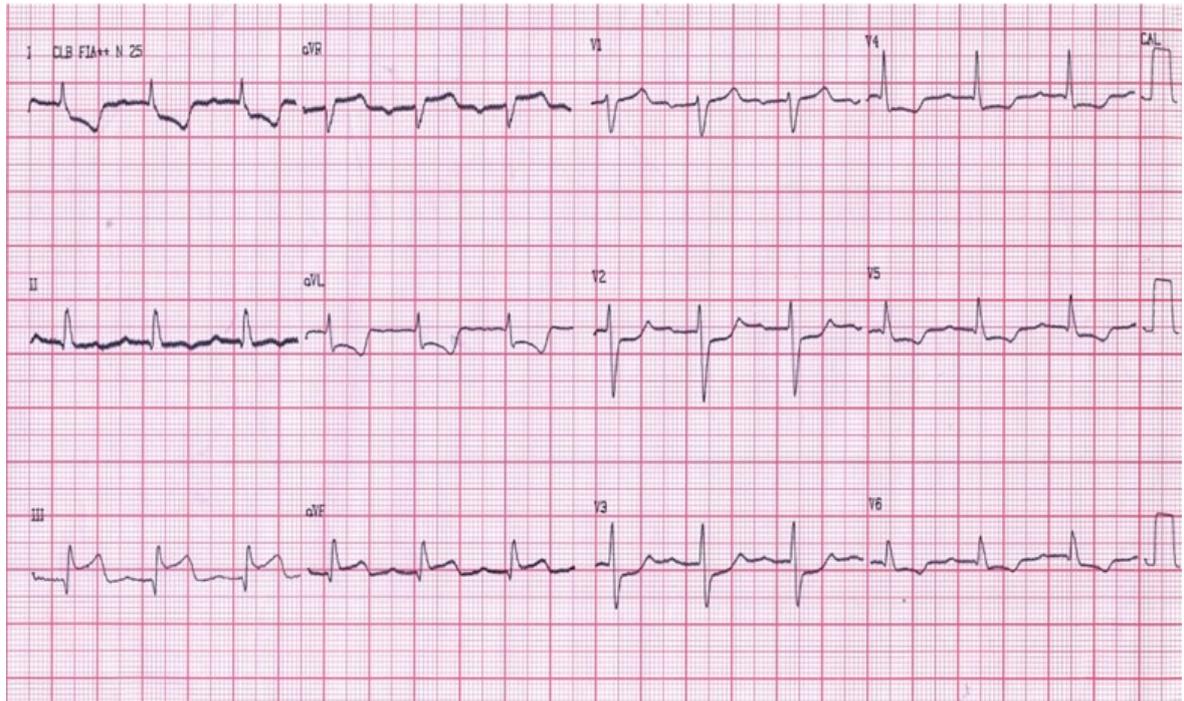
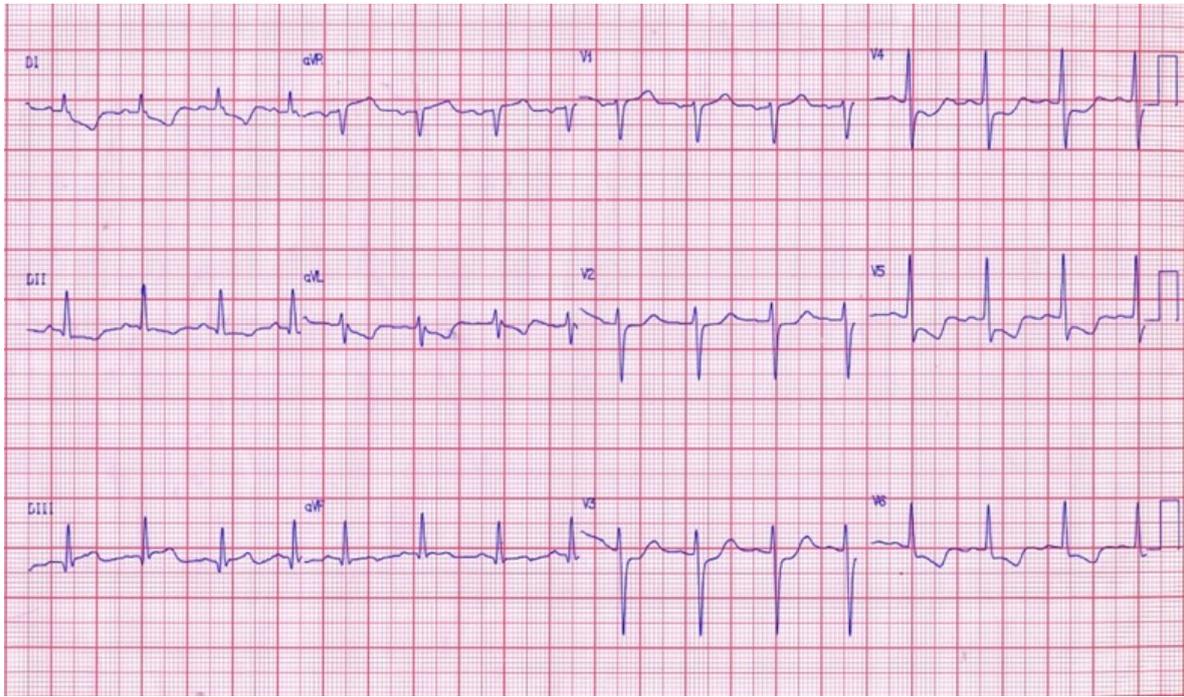
En mi opinión, este paciente tenía una oclusión crónica total de TCE protegido por circulación colateral de la arteria coronaria derecha. Después de la oclusión aguda de CD con IAM explica el resultado desfavorable (isquemia circunferencial sin protección).

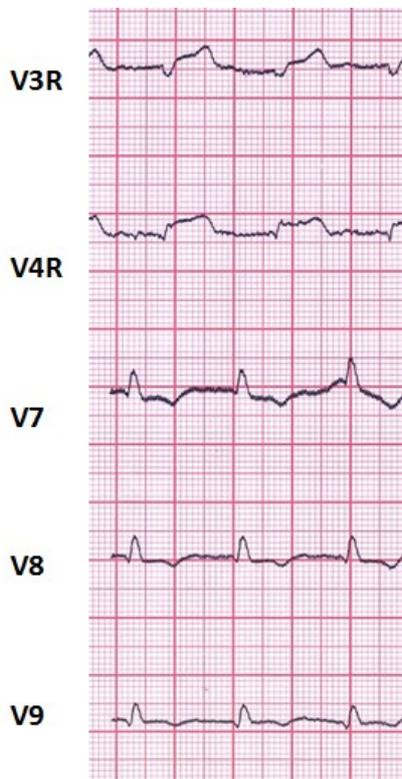
Esta asociación es incompatible con la supervivencia.

¿Qué parece?

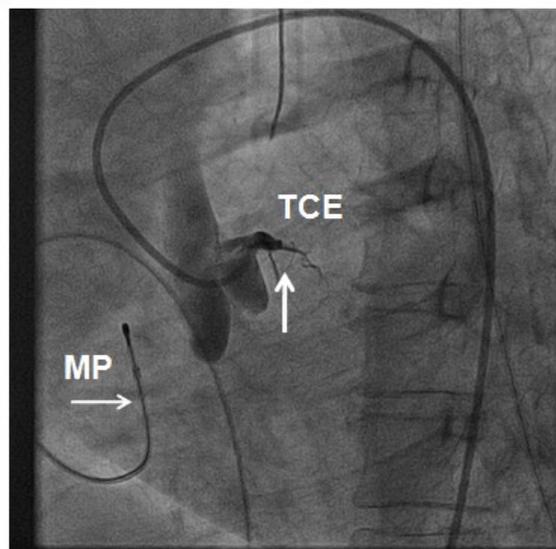
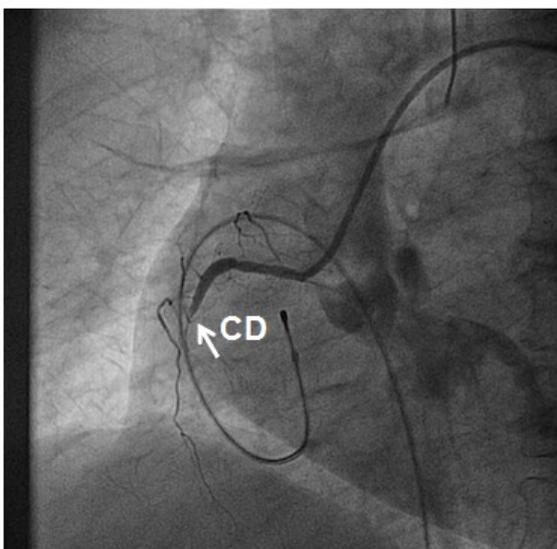
Saludos

Raimundo Barbosa Barros





Coronariografía



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Raimundo,

Estoy de acuerdo con tu interpretación del caso. Añado algunos comentarios: En la oclusión total del tronco común izquierdo es posible ver un ST ligeramente elevado en III (con una coronaria derecha normal) pero de menor grado del que muestras en tu caso que además se observa en aVF y V3R-V4R.

ES curioso que el paciente aguantara vivo 9 horas .

Saludos

Miquel Fiol Sala, MD, PhD

Queridos amigos del forum permítaseme analizar el caso de nuestro querido y admirado maestro y amigo Dr Raimundo Barbosa Barros

Este es un caso de infarto inferior agudo con ischemia subendocardica circunferencial
Esta denominación no es semántica ni académica sino práctica

Lo primero que hay que angioplastiar es la coronaria derecha que es la que provocó este síndrome.

Las otras lesiones son crónicas y como el tiempo es muy corto para salvar al paciente no gastar tiempo en abrir oclusiones crónicas que llevan tiempo

Nosotros fuimos los primeros que estudiamos este problema y lo presentamos como oral presentation en 1991 en AM HEART ASSOCIATION EN NEW ORLEANS y luego publicado

(Hasdai D Sclarovsky S et al Prognostic significance of maximal ST depression in right precordial leads (v1,v2,v3) versus left (V4, V5) in acute inferior wall infarction)

y quien quiere saber mas del tema Samuel Sclarovsky y Javier Niebla en Virtual interamerican association 2013 Remodelacion fisiologica y patológica en una obstrucción súbita de una artera coronaria derecha

Ahora voy analizar este electro este interesante electro y la información sofisticada que provee este viejo método

Primero fíjense que la obstrucción súbita de la arteria derecha se expresa únicamente en DIII con ST-T elevado y ST-T deprimido en AVL, pero no en DII

oh!! Esto indica que la arteria derecha es muy pequeña y no suple la cara posterior que está encima de la inferior que se expresa siempre en DII

Esta es la suerte del paciente, porque si la arteria sería codominante o dominante la muerte es súbita en presencia de ischemia aguda subendocárdica circunferencial aguda (denominada actualmente como signo Sclarovsky porque fuimos los primeros en describirlos en 1984)

La presencia de ST -T deprimido en máximo en V4 y V5 indica una isquemia subendocárdica circunferencial con frecuencia cardíaca de menos de 100lpm

También es importante recalcar que en V2 y V3 existe un ST deprimido con ondas T positivas. ¿Qué indica este fenómeno electrofisiológico? Indica que el septo medio (V3) y septo alto (V2) es el borde isquémico del proceso

Quien quiera saber de las expresiones electrocardiográficas de la hemodinamia , electrofisiología y biología molecular de este syndrome puede leerlo en la publicación virtual mía con mi amigo Javier Niebla

Un fraternal abrazo a todos los foristas que es importante que los residentes , paramédicos en ambulancias de emergencias, y los angioplastistas lean y conozcan este síndrome que es life saving con el tiempo muy limitado

Samuel Sclarovsky

La discusión está abierta

Me olvidé de escribir la referencia de nuestro trabajo publicado en AM J of CARDIOLOGY 1994;74; 1081-84

Hola Raimundo: creo no se puede agregar nada al análisis del Maestro Samuel, comparto sus conceptos y adjunto el algoritmo por él propuesto.

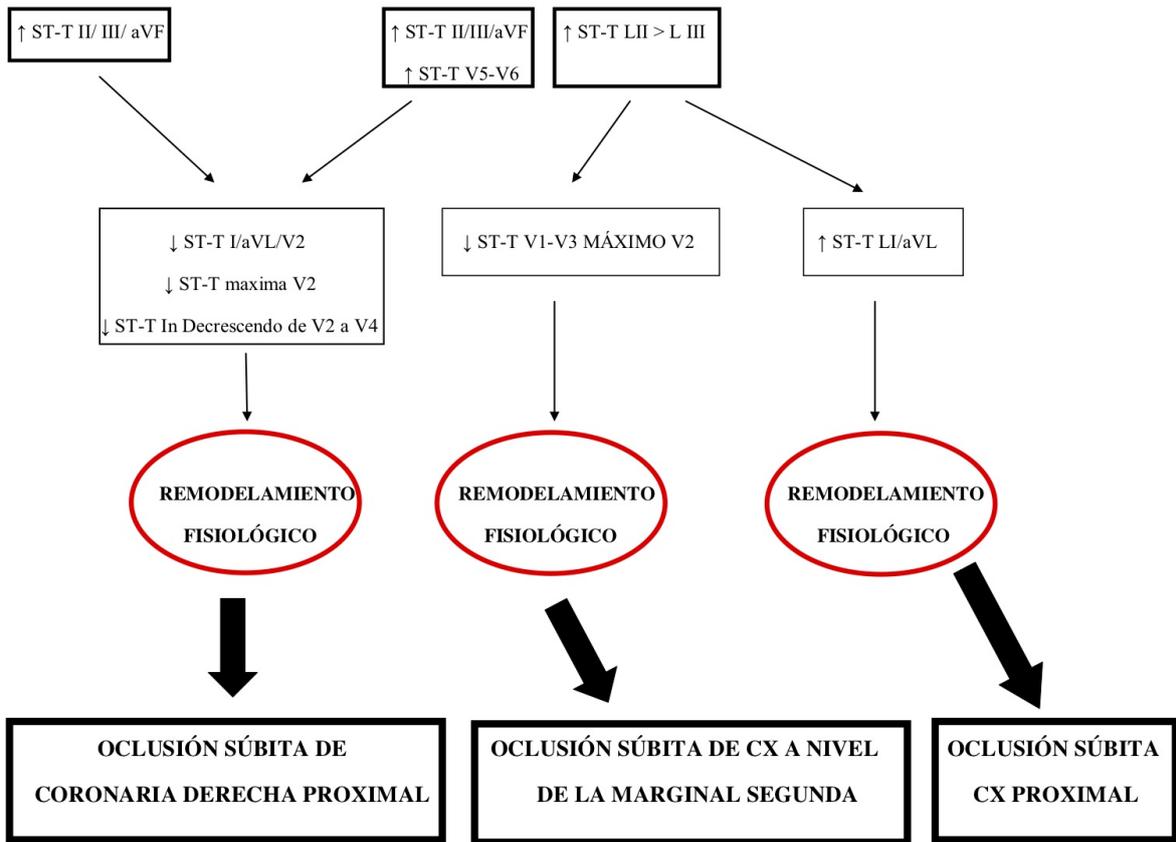
Mi impresión es que al ingreso presentaba signos de isquemia circunferencial, con voltajes reducidos en todas las derivaciones y leve supradesnivel en aVR, por aumento de la presión diastólica del VI, y dilatación VI con baja fracción de eyección. ¿Por qué no presenta signos electrocardiográficos de secuela de la CI? como refirió el Maestro Samuel la CD protegía las zona septal y la lateral por circulación colateral. El tronco de la coronaria izquierda en algún momento se ocluyó probablemente con mínima sintomatología y no presenta signos de isquemia transmural crónica, solo se expresa por los bajos voltajes de los QRS. Al ocluirse totalmente la CD es que se expresa la isquemia circunferencial con inestabilidad hemodinámica, raro no se haya expresado con arritmias ventriculares complejas previas a la asistolia.

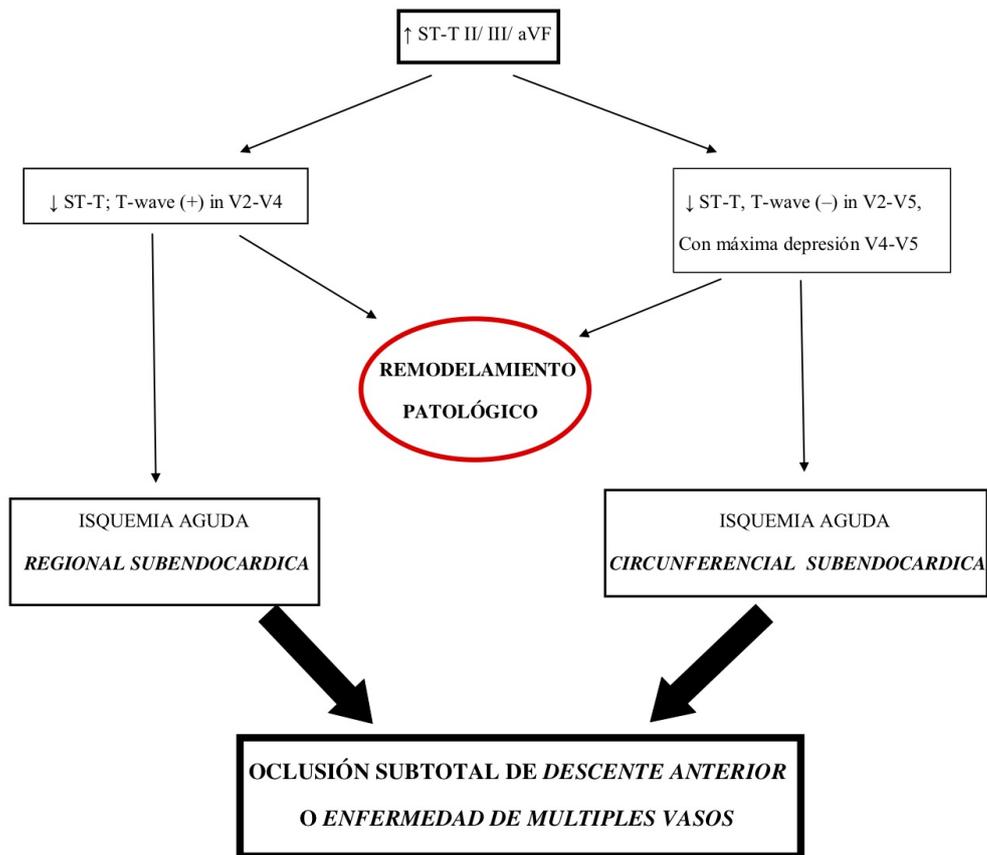
Miguel se pregunta ¿cómo vivió 9 horas? a mi entender la oclusión de la CD al ingreso no era completa, comienza con síntomas por oclusión subtotal de la CD, que evoluciona a oclusión total de la misma y el desenlace fatal para el paciente.

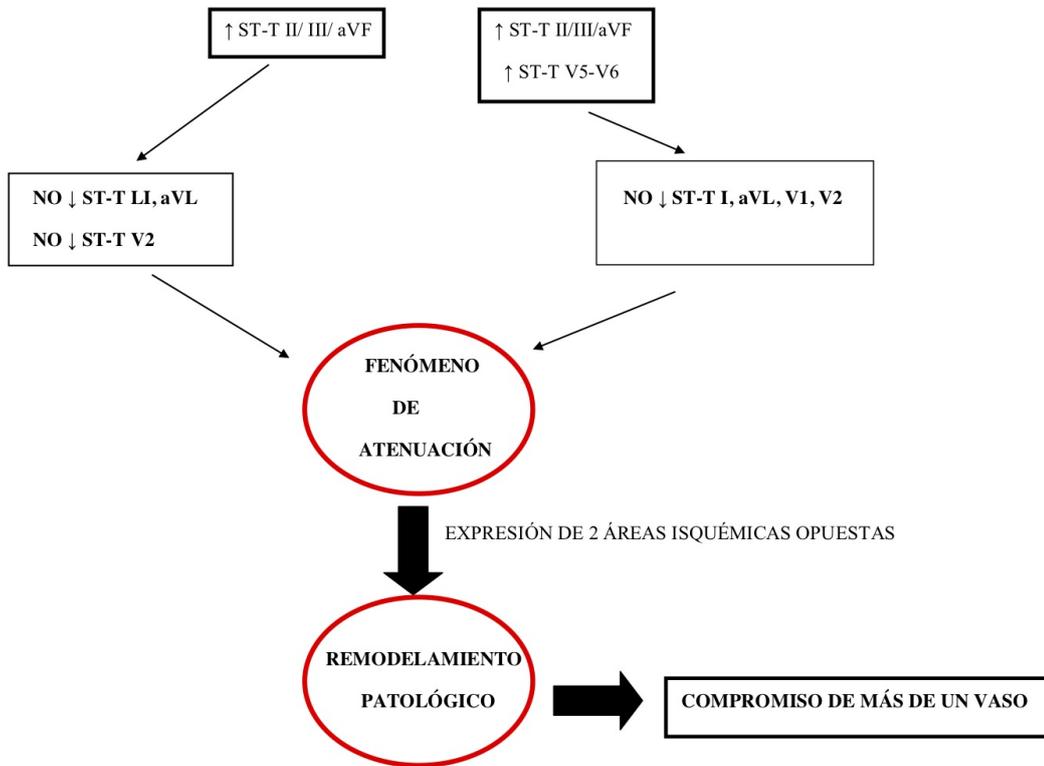
Les adjunto el algoritmo del Maestro Samuel, es para colgarlo junto a los algoritmos de procedimientos en la sala de la UCO.

Un saludo a todos

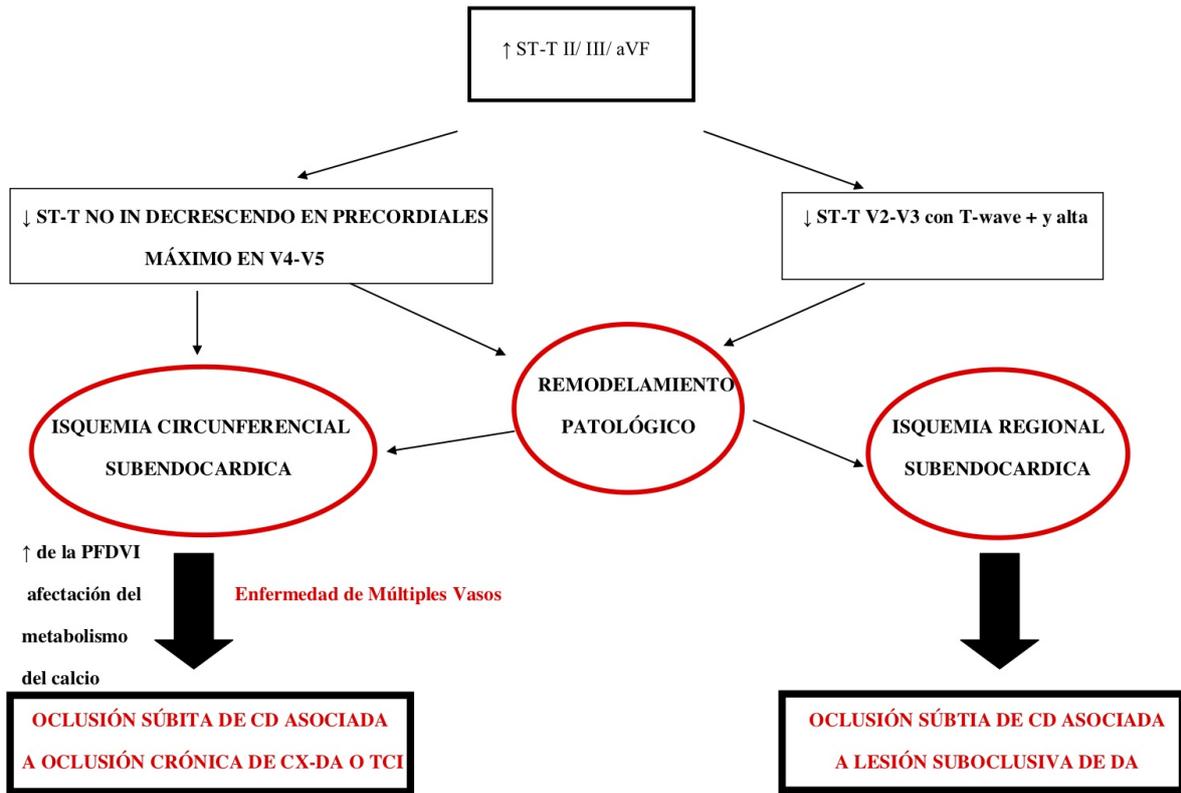
Martín Ibarrola

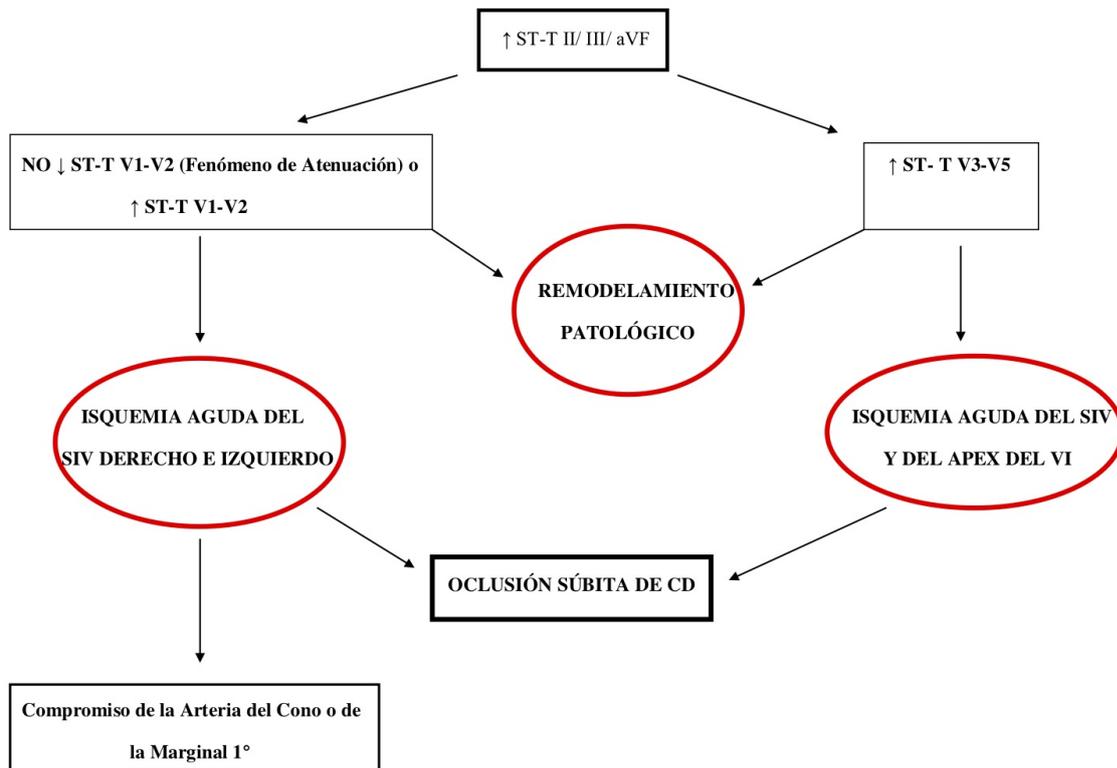






IAM DE ALTO RIESGO





A mi querido amigo Dr Martín Ibarrola, le debo corregir un error: en la CD no existen obstrucciones subtotales, estas existen únicamente en las anterior descendente que es la única arteria que tiene aurregulación

Los únicos pacientes que son capaces de sobrevivir algunas horas son lo que tienen CD cortas, las otras mueren súbitamente y no tienen tiempo de llegar a servicios médicos

Estos infartos inferiores son los únicos que que sufren de edema pulmonar

Samuel Sclarovsky

Queridos amigos foristas: Me olvidé de una referencia importante a este caso de una derivación con segmento ST elevado, que está en contra de las leyes que dicen que infarto se diagnostica con 2 derivaciones consecutivas con ST elevado, pero parece que los que dijeron esto no vieron muchos infartos, porque hay muchos otros casos que no se encierran en esta ley, que nosotros hemos publicado

Hasdai D Yesuron M Sclarovsky S Acute inferior wall infarction with one ST segment elevation. Electrocardiographic distinction between benign and malignant clinical course An electrocardiographic coronariographic and clinical correlation Coronary Artery Disease 1995;6;872-82 (pedido por el editor)

En este trabajo presentamos casos con una coronaria derecha corta pero uno únicamente con ST-T elevado en DIII y deprimido en aVL y el segundo igual que el caso presentado por el maestro Dr Raimundo Barbosa Barros. Nuestro trabajo presenta 8 y 12 casos respectivamente de cada grupo

Por esto hay expertos que han analizado este caso y no consideraron la importancia de la obstrucción de una coronaria derecha en presencia de una ischemia subendocárdica circunferencial ...

La importancia de este caso es de abrir lo antes posible la CD y después llevarlos a *aortic coronary bypass* Es la única forma de salvar a estos pacientes cuando más antes mejor antes que se mueran con edema de pulmón y shock cardiogénicos que raramente vienen juntos en infartos inferiores.

Y pido disculpa por molestar , pero como decía el viejo Cato en el senado de Roma todos los días, después que Aníbal casi invadió Roma "Hay que destruir Cartago" hasta que la destruyeron al final

Parece que de esto de machucar y machucar es cosa de viejo nomás

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

