

# **Mujer de 67 años con factores de riesgo que consulta por episodio de ángor prolongado que se halla hemodinámicamente estable – 2016**

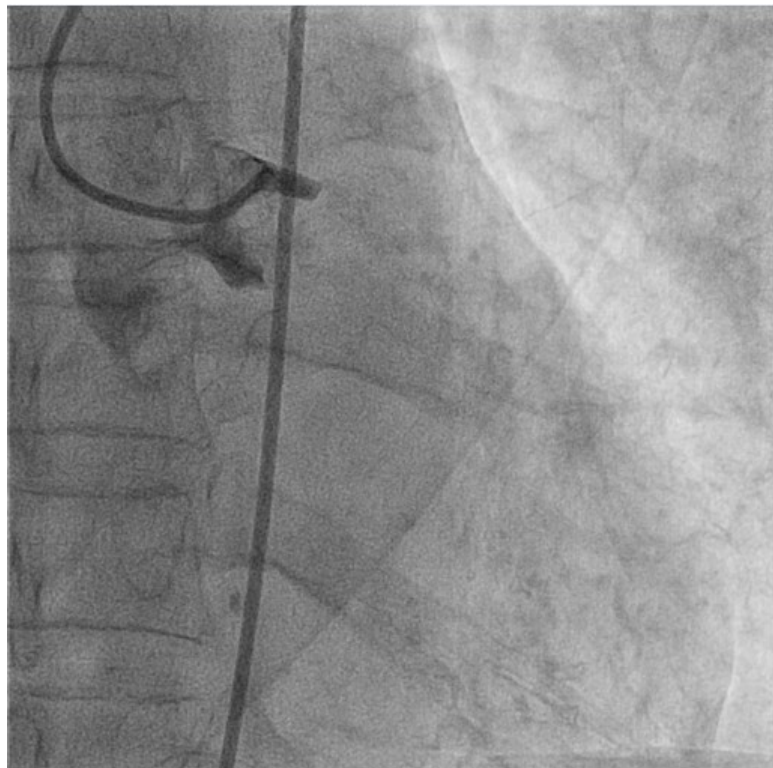
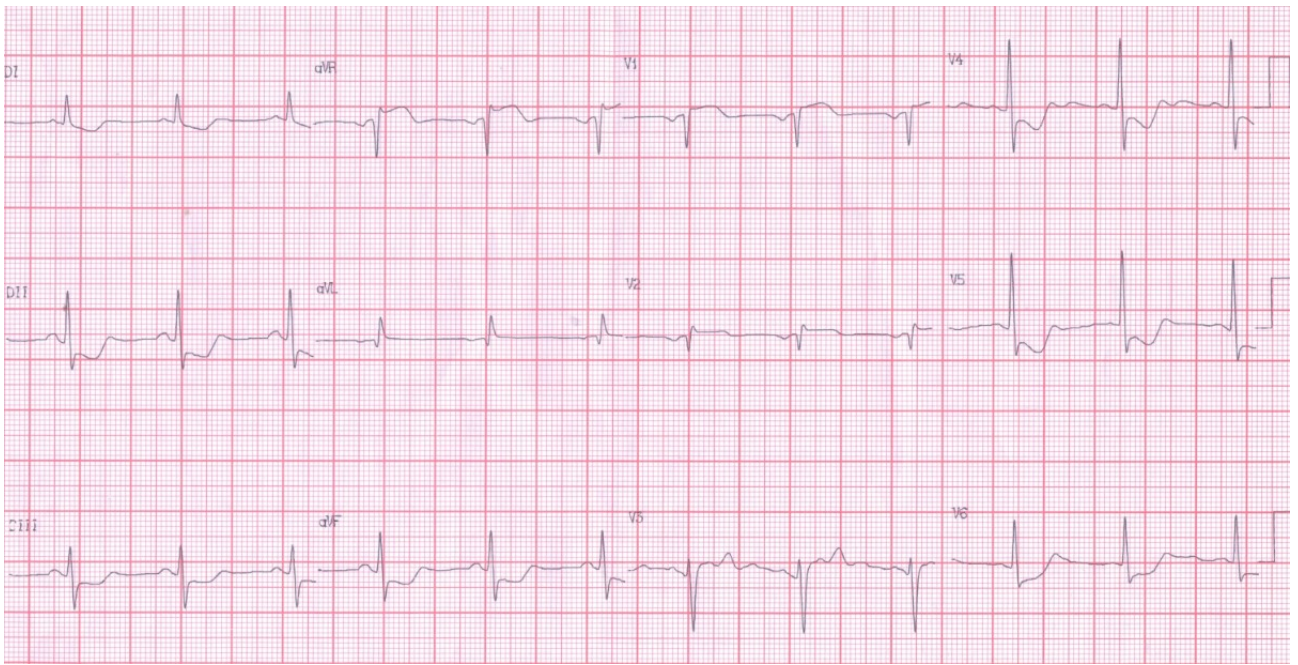
Dr. Raimundo Barbosa Barros

Paciente del sexo femenino, 67 años, fumador inveterado, hipertenso no controlado y dislipémico. Admitido en la sala de emergencia con dolor típico constrictivo retroesternal de reposo que comenzó hace 6 horas, de > 30 minutos de duración, irradiado a mandíbula y miembro superior izquierdo. Hemodinámicamente estable.

¿Cómo explicar esta evolución?

Saludos

Raimundo



## OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Raimundo:

No veo la evolución del ECG. Tengo un solo ECG basal en el cual V2 está en una posición alta porque la onda P es totalmente negativa y probablemente V3 está más cercano a la posición de V2. El vector del ST se dirige hacia aVR; V1 muestra un ligero supradesnivel. El resto muestra un infradesnivel del segmento ST. Esta es una lesión de tronco de la coronaria izquierda o similar.

Afectuosamente

Isabel Konopka

---

Dear Raimundo

This is a typical pattern of incomplete obstruction of LMCA.

1. The ST segment injury vector is directed to upward and rightward pointing to aVR lead (RVOT) (aVR or  $-150^\circ$ ) consequence of diffuse subendocardial ischemia with ST segment depression in lateral leads producing reciprocal changes in aVR or IM of basal septum.

The basal septum is supplied by the first S1 (a very proximal branch of the LAD), so ischemia / infarction of the basal septum would imply involvement of the proximal LAD or LMCA. Frequent LAFB.

2. ST segment elevation in aVR  $\geq 1$ mm, and  $V_1$

3. ST segment elevation in aVR  $> V_1$  However, ST elevation in aVR is not entirely specific to LMCA occlusion. It may also be seen with: proximal LAD occlusion, severe triple – vessel disease, and diffuse subendocardial ischemia after cardiac arrest.

4. ST segment depression in II or in inferior leads II  $>$  III

5. Depression of ST segment in  $V_6 >$  ST segment elevation in  $V_1$

6. Diffuse ST segment depression in the inferolateral leads depression of the ST segment in II and from  $V_4$  to  $V_5$

7. Eventually observation of RBBB, LAFB and/or LAFB.

Andrés R. Pérez Riera

---

Hola Raimundo

Sería importante ver la arteria coronaria derecha.

Si se tratase de una obstrucción aguda del tronco izquierdo, ese comportamiento se observa cuando la CD es dominante y la CI hipotrófica y pequeña

Saludos!

Oswaldo Gutiérrez

Hola Raimundo: obviamente es una obstrucción del tronco de la coronaria izquierda.

No comprendo porqué se refiere a la evolución electrocardiográfica, ¿falta algún electrocargiograma?

Les envié este artículo en castellano que expresa lo que Andrés tan bien explicaba.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

<http://www.revespcardiol.org/es/diagnostico-electrocardiografico-obstruccion-del-tronco/articulo/13116201/>

---

Querido Martin

Me refiero a evolución hemodinámica. ¿Por qué el paciente está hemodinámicamente estable con una obstrucción total del tronco de la coronaria izquierda?

Espero comentarios de Dr. Fiol y el Dr. Samuel

Un abrazo

Raimundo Barbosa Barros

Estimados foristas,

En mi experiencia, coincido con algunos de vuestros comentarios, este patrón ECG con una oclusión total del tronco común izquierdo se puede explicar perfectamente por la existencia de circulación colateral desde la CD probablemente dominante.

La oclusión total del tronco SIN circulación colateral da siempre un patrón ECG de ST elevado en I, aVL, V2 a V6 con imagen especular en cara inferior y alteraciones de la conducción intraventricular (hemiloqueo de la subdivisión anterior y bloqueo de rama derecha) y nunca están hemodinámicamente estables.

Miquel Fiol

---

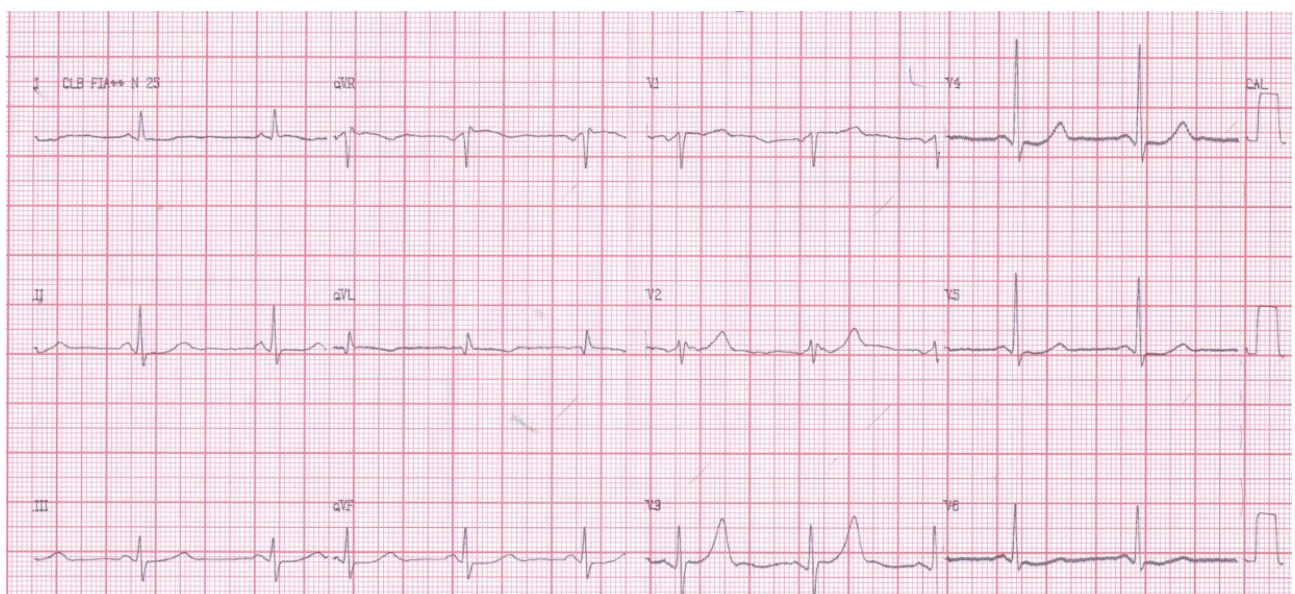
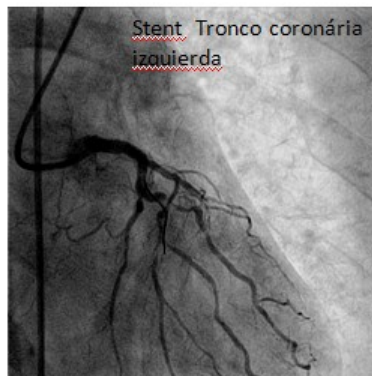
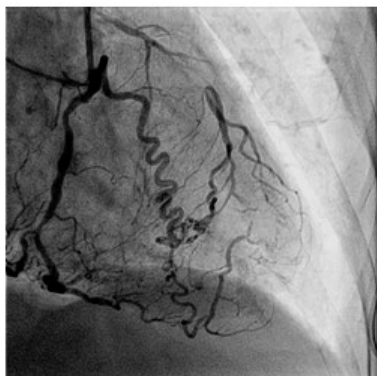
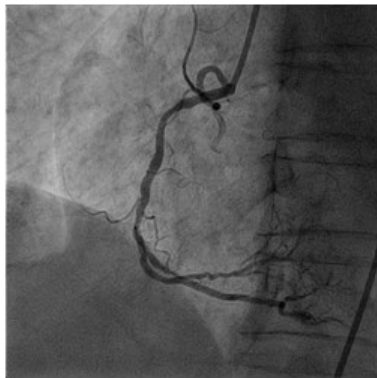
Querido Dr Fiol

Gracias por su perfecto análisis del caso.

Adjunto el examen completo antes y después del stent en el tronco de la coronaria orientado circunfleja izquierda.

Arteria coronaria derecha con una circulación colateral hacia la coronaria izquierda como había comentado.

Raimundo Barbosa Barros



### **¿Cuándo una anomalía coronaria salva la vida?**

Estimado Raimundo, Dr Miguel Fiol y colegas del foro: la obstrucción aguda total del tronco de la coronaria Izquierda (LMCA) es un evento raro, con un alto riesgo de muerte súbita.

Esta emergencia requiere revascularización inmediata para evitar desenlace fatal precoz. Lo que explica porque la literatura es incompleta es que la mayoría de los pacientes no llega a tiempo para un intento de revascularización.

Hay desenlace fatal precoz, debido a la profunda inestabilidad hemodinámica e arritmias malignas que ocasiona. La incidencia de la oclusión completa de al LMCA es alrededor de 0,4% - 0,5% de todos los casos de síndromes coronarias agudas.

Sólo el 0,2% de las intervenciones coronarias percutáneas muestran una oclusión total aguda de la LMCA.

El peor pronóstico ocurre cuando el paciente está en estado de shock cardiogénico y no existe circulación colateral de la coronaria derecha (RCA). El raciocinio de Dr Miguel Fiol de las islas Baleares es extremadamente importante y lógico.

La pregunta de Raimundo era cómo explicar que el paciente haya sufrido de una obstrucción total de la LMCA y permaneciese hemodinámicamente estable.

Miguel nos enseñó que si tenemos una RCA muy dominante con circulación colateral es posible el paciente mantenerse estable a pesar de la obstrucción total de la LMCA.

Es fantástico tener en el foro personas como el Dr Miguel Fiol uno de los investigadores con mayor experiencia del mundo en este campo. Y sin temor a equivocarme el más importante de nuestra lengua de Cervantes.

Quiero además de esta lógica mostrar la existencia de otra posibilidad muy rara y curiosa, cuando la oclusión de la LMCA está asociada con una particular anomalía coronaria.



Las anomalías de las arterias coronarias son raras y en la literatura la prevalencia reportada es de aproximadamente 0,6% a 1,3% en las coronariografías y 0,3% en las series de autopsias, porque muchas son asintomáticas (sólo el 20% de los pacientes son sintomáticos durante su vida) y su presencia es un hallazgo incidental, especialmente cuando la LMCA está involucrada, y un origen anómalo de la arteria circunfleja izquierda (LCX) a partir de la RCA ejerce un papel compensador protector importante.

Esta anomalía coronaria puede dar la posibilidad de supervivencia para el paciente que haya sufrido de obstrucción total de la LMCA (1)

1. Piraino D, Arrotti S, Bracale UM, Dendramis G, Paleologo C, et al. When the Coronary Anomaly Saves Your Life: Very Rare Ischemic Coronary Presentation - Our Cardiac Catheterization Laboratory Experience and New Way of Treatment. J ClinTrial Cardiol 20015; 2(1): 1-6.

Andrés R. Pérez Riera

---

Perfeito maestro Andrés. Este es el patrón ECG con una oclusión total del tronco común izquierdo SIN circulación colateral descrito por el Dr. Fiol

Raimundo Barbosa Barros