

ISQUEMIA MIOCÁRDICA SILENTE DE ALTO RIESGO

Santiago Garrido ¹; Joaquín Vázquez ¹; Pedro Trujillo ¹

1 - Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas.

Introducción

En la enfermedad ateromatosa coronaria, el ángor se destaca como la principal manifestación clínica; en esta población la ausencia de síntomas representa un reto diagnóstico y acarrea mayor morbimortalidad. Se presenta un caso clínico de isquemia miocárdica silente, su estudio y decisiones terapéuticas.

Caso Clínico

Sexo masculino, 52 años, tabaquista intenso, dislipidemia, sin controles. Concorre a policlínica periférica para valoración preoperatoria de cirugía oftalmológica con ECG realizado la semana previa, mismo que evidencia supradesnivel del ST en cara anterior, con infra desnivel en cara inferior. Se presenta asintomático en lo cardiovascular y en clase funcional I, sin referir historia de ángor o disnea previas. Se realizan nuevos ECG seriados que muestran incremento de las alteraciones electrocardiográficas en dichos territorios

Pruebas complementarias

ECG RS de 75 cpm, P y PR normales, QRS estrecho, Eje Electromotriz normoposicionado, supradesnivel del segmento ST de V1-V4 máximo en V3 de 8 mm con infradesnivel del ST en cara inferior (figura 1).

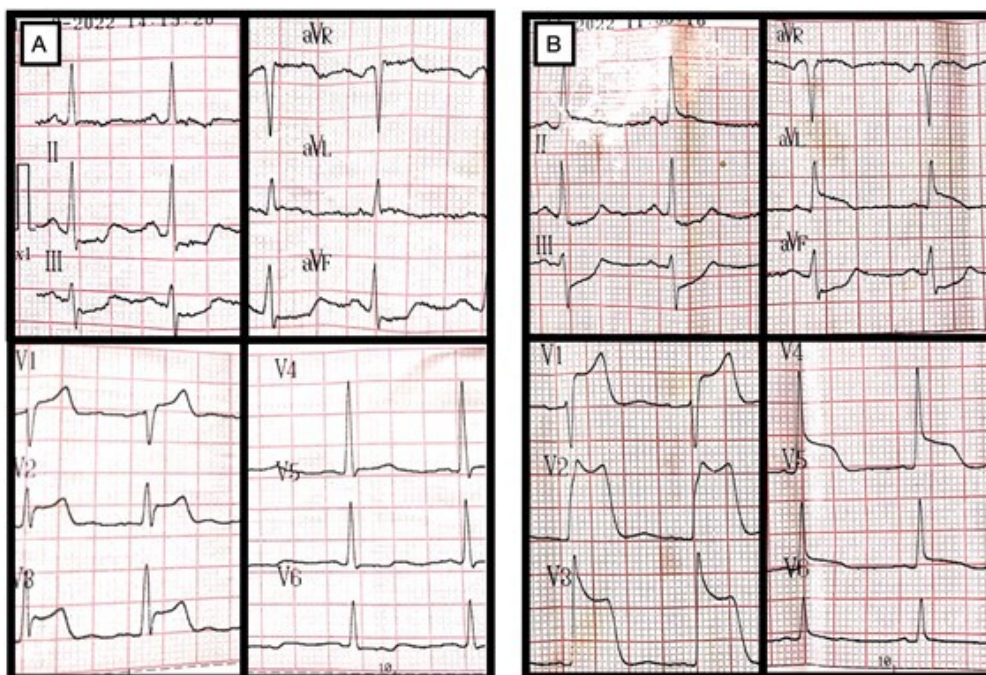


Figura 1. Electrocardiogramas. A) ECG una semana previa a la consulta, donde destaca supradesnivel del ST en V1 – V4, aVL e infra desnivel en cara inferior. B) Nuevo ECG al momento de la consulta en el que se observa: ausencia de ondas Q y más acentuadas alteraciones electrocardiográficas correspondientes al mismo territorio vascular.

Diagnóstico

Se realiza diagnóstico de isquemia miocárdica silente con alto riesgo de eventos CV mayores adversos y se planifica una estrategia invasiva precoz. Rutinas sanguíneas y troponinas en rango normal. CACG: estenosis moderada en 1/3 proximal de ADA, sin otras lesiones significativas (Figura 2). ETT: VI de dimensiones normales, FEVI 48%. Aquinesia de segmento medio anteroseptal y apical septal, lateral y anterior. Hipoquinesia anterior media. Se complementa con IVUS (intravascular ultrasound) de ADA proximal, donde se observa placa fibrótica, excéntrica, con carga de placa de 74% y con calcificación intra placa lineal. Área luminal mínima de 3,3mm². Se realiza ATC con 1 SLD en dicha lesión, optimizada por IVUS (Figura 2). En controles posteriores se evidencia renivelación del ST además de mejoría de la contractilidad sectorial en ETT.

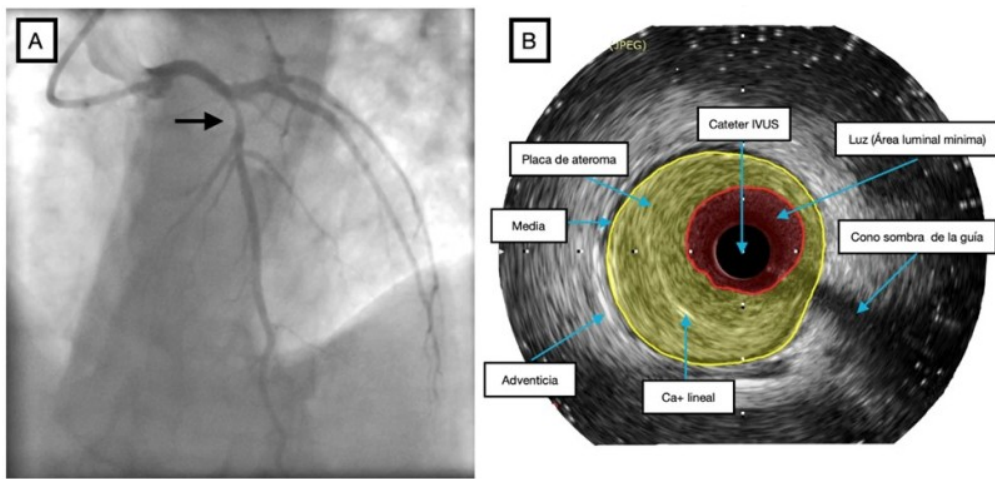


Figura 2. A) angiografía coronaria de ACI en proyección craneal izquierda, se observa estenosis moderada en tercio proximal de ADA (flecha negra). B) Imagen de IVUS realizada en ADA proximal que evidencia placa fibrótica y excéntrica con calcio. Área luminal mínima de 3,3mm². Carga de placa 74%

Discusión

Se define como silente a la isquemia miocárdica identificada por cambios electrocardiográficos, alteraciones en la motilidad parietal, o defectos de perfusión, en ausencia de sintomatología referida; apareciendo en el 2,5% del total de casos de isquemia miocárdica. Surgen como interrogantes importantes frente a esta condición: los mecanismos fisiopatológicos implicados, los riesgos que genera, y como enfocar su tratamiento. Como hipótesis de su mecanismo fisiopatológico se plantean a la menor severidad y duración de isquemia en contexto de vasoespasma intermitente, disfunción microcirculatoria, o pre acondicionamiento isquémico; cambios en la percepción del estímulo doloroso; y disfunción neural o aturdimiento neural aferente. Aunque puede presentarse como primera manifestación de enfermedad cardiovascular, muestra mayor prevalencia entre pacientes con enfermedad coronaria previa, PCI previa, diabéticos, hipertensos y adultos mayores. La isquemia silente es un predictor independiente de mortalidad y morbilidad cardiovascular, presentando mayor riesgo de muerte súbita, IAM, re infarto, y complicaciones CV respecto a la isquemia sintomática. Ante su sospecha se recomienda identificarla mediante Holter. Una vez identificada, las decisiones terapéuticas se tornan a su vez un desafío en esta población subestudiada. En el caso presentado por presentar lesión significativa y con características de riesgo en ADA proximal (demostrada mediante IVUS) se optó por tratamiento intervencionista considerando el mayor beneficio frente al manejo farmacológico aislado.
