

#022 | Diagnóstico y acceso coronario dificultoso en infarto agudo de miocardio

Mariana Marín¹; Carlos García-Martínez¹; Jorge Mayol¹; Gustavo Vignolo¹

¹ - Centro Cardiológico Americano, Sanatorio Americano.

Introducción:

El diagnóstico del SCACEST en pacientes dependientes de marcapasos es dificultoso. Se han propuesto diferentes criterios para diagnóstico del mismo, siendo los de Sgarbossa los más utilizados. En este contexto, la presencia de una prótesis valvular aórtica por implante percutáneo, dificulta el acceso coronario.

Historia clínica:

86 años, sexo femenino. Antecedentes referidos de HA, DM, FA permanente, portadora de marcapasos definitivo. Consulta con unidad de emergencia móvil por dolor precordial opresivo, intenso, de reposo, irradiado a miembro superior izquierdo, acompañado de síndrome neurovegetativo de cuatro horas de evolución. Normotensa, bien perfundida, sin signos clínicos de falla cardíaca. ECG inicial (Figura 1): supradesnivel del segmento ST de V1 a V4 de hasta 8mm discordante, máximo en V3. Es referida a nuestro centro con diagnóstico de SCACEST, a los 30 minutos del primer contacto médico.

Pruebas complementarias:

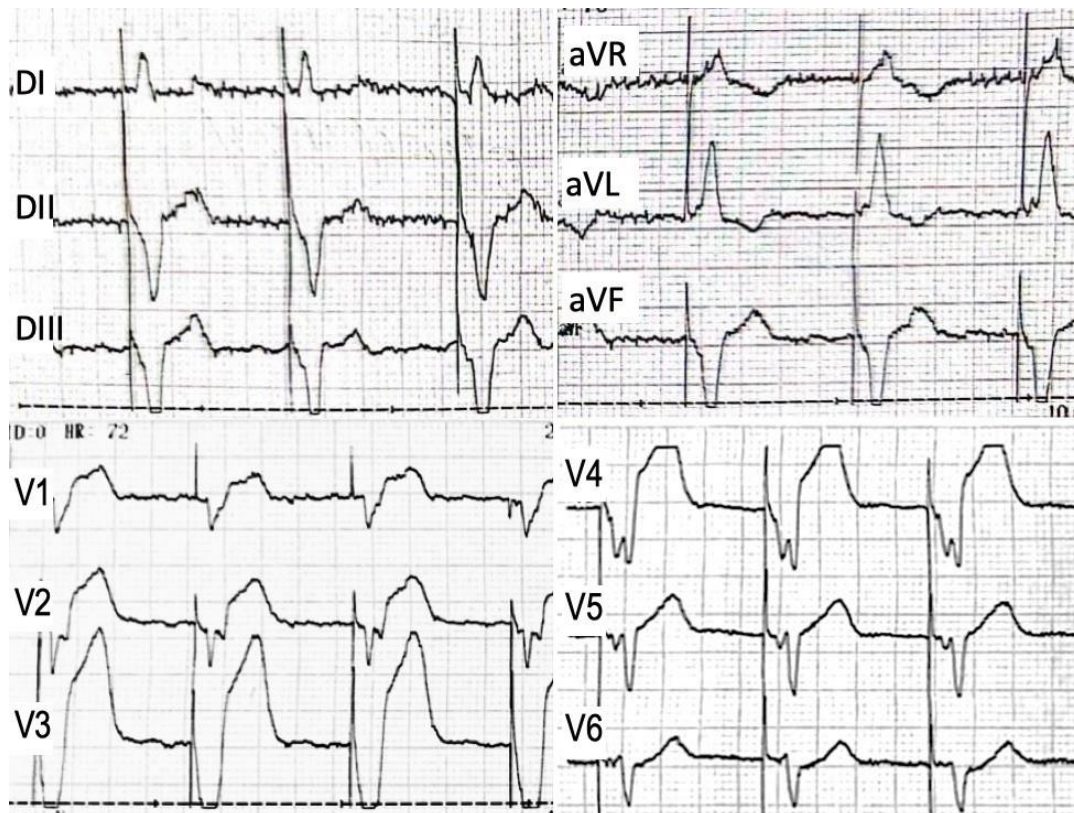


Figura 1. ECG inicial. FA de base. Ritmo de marcapasos con captura ventricular 100%. QRS con morfología de BCRI y eje superior por estimulación apical ventricular derecha. Sobrelevación del segmento ST de V1 a V4 de hasta 8mm en V3.

CACG por acceso radial derecho. Al iniciar la radioscopía se comprueba prótesis valvular aórtica autoexpandible (implante percutáneo). Se cateteriza ACD con catéter JR 4 con origen izquierdo, dominante, ausencia de lesiones, y TCI en forma no selectiva con catéter JL 3.5 evidenciando ADA con lesión severa proximal y ocluida trombótica en tercio medio. Se cambia a catéter HS 2 con el que se cateteriza en forma selectiva y a través del cual se realiza ATC 1 de ADA con dos SLD (Figura 2).

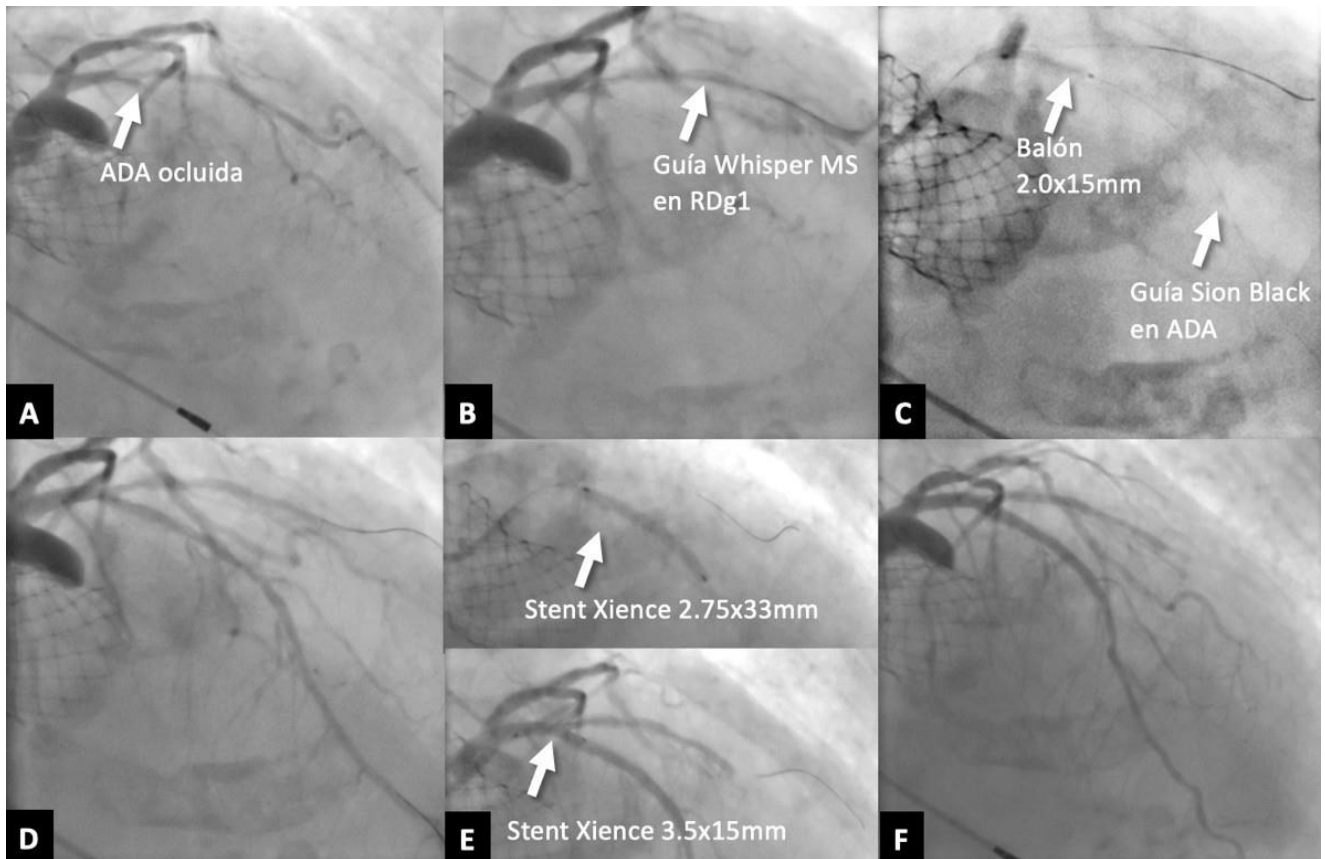


Figura 2. A. Proyección craneal anteroposterior de coronaria izquierda, mostrando oclusión de ADA distal al primer ramo diagonal (RDg1). B. guía coronaria en RDg1. C. guía coronaria en ADA y balón de predilatación en lesión oclusiva de ADA. D. recuperación de flujo en ADA. E. implante de stents Xience Alpine 2.75x33mm y 3.5x15mm en ADA media y proximal. F resultado final sin lesión residual y con flujo TIMI 3 en ADA.

Post CACG, cese del dolor, renivelación del segmento ST (Figura 3), evolución clínica favorable.

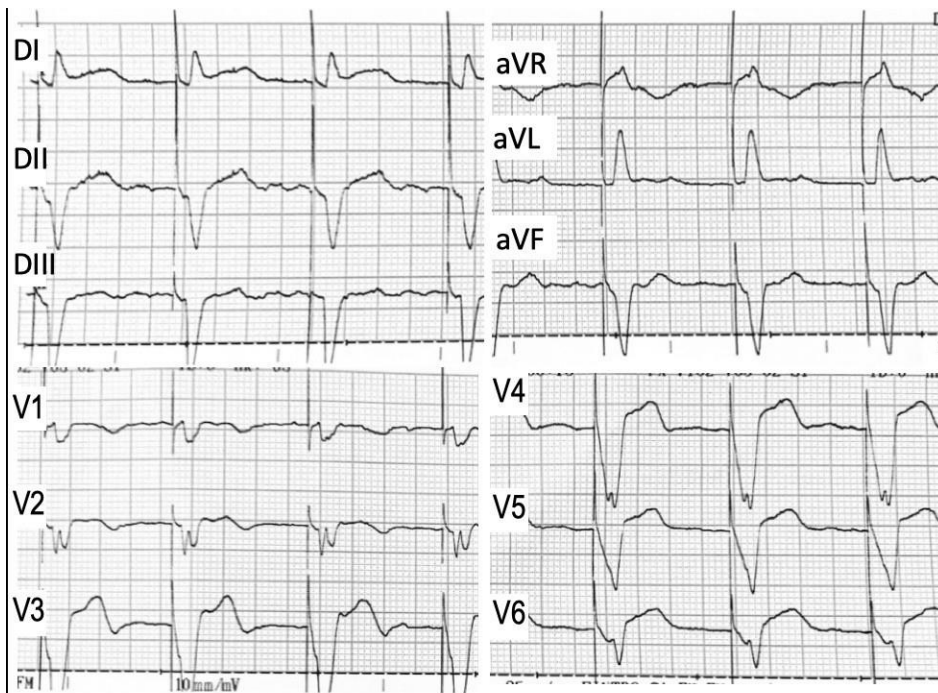


Figura 3. ECG 2 horas después de la angioplastia. Se observa renivelación del ST con sobrelevación de hasta 3mm en V3 (62%) que podría interpretarse con un trastorno secundario al BCRI.

Diagnóstico:

SCACEST KKI de cuatro horas de evolución.

Discusión:

En cuanto al diagnóstico, acorde a los criterios de Sgarbossa presentar una puntuación mayor a 3 representa una especificidad del 90% para el diagnóstico de SCACEST. Esta paciente presenta una puntuación de 2, por lo que la especificidad es menor. Considerando el contexto clínico con alto riesgo cardiovascular y un cuadro clínico típico se interpretó como SCACEST. Desde el punto de vista terapéutico la indicación de reperfusión es formal y dada la disponibilidad de ATC 1 dentro de los 120 minutos se optó por esta estrategia. El reacceso coronario post implante percutáneo de válvula aórtica es una variable importante en la planificación de un eventual procedimiento; en este caso esto no fue posible dado el desconocimiento del antecedente (implante realizado en otro centro). El reacceso coronario puede realizarse a través de las celdas de la prótesis o por fuera de la misma si esta no está en contacto con la pared aórtica. En este caso existió la dificultad adicional del origen izquierdo de la ACD, y para TCI, que el catéter JL no logró un acceso selectivo, lo que fue posible con un HS 2 con adecuado soporte. Luego de lo cual, el procedimiento de angioplastia se realizó de forma habitual, destacamos que fue necesaria la utilización de dos guías coronarias, el implante de 2 SLD en ADA y la realización de *kissing balloon* con primer diagonal (no mostrado en la figura), lo que representa un procedimiento complejo que se pudo realizar luego de superada la dificultad inicial del acceso coronario.