

#063 | Uso de fibrinolíticos en ausencia de elevación del segmento ST

Federico De La Rosa ¹; Noelia Valdomir¹; Pedro Trujillo ¹; Diego Freire ¹

1 - Hospital de Clínicas.

Introducción:

Las guías actuales de práctica clínica limitan el uso de fibrinolíticos para los SCACEST, sin embargo entre el 5 y 10% de los SCACEST conllevan una oclusión arterial total aguda. Esto genera la interrogante sobre qué subgrupo de pacientes pertenecientes a este último podrían beneficiarse del uso precoz de fibrinolíticos en ausencia de elevación del ST. El patrón electrocardiográfico de de Winter traduce oclusión proximal de la ADA con elevada especificidad en ausencia de criterios de elevación persistente del segmento ST. A continuación se presenta un caso clínico en donde su reconocimiento permitió realizar tempranamente una estrategia farmacológica de reperfusión.

Historia clínica:

Hombre de 63 años. Tabaquista. Sin controles en salud. Consulta en Treinta y Tres (a más de 2 horas de un centro de hemodinamia) por dolor precordial opresivo, intenso, con irradiación a cuello, de 3 horas de evolución, sin fenómenos acompañantes. Al examen físico se encontraba estable hemodinámicamente, sin elementos de falla cardíaca. Se complementa valoración con ECG (figura 1). Persistía con dolor a pesar de tratamiento con morfina y nitroglicerina intravenosa. Se evidencia en el ECG la presencia de patrón de de Winter que obligó a tomar la decisión de indicar fibrinolíticos intravenosos (Tenecteplase). A aproximadamente 1 hora del inicio de la administración de dicho fármaco se observó la transición a supradesnivel del segmento ST en precordiales (figura 2); cesando por completo el dolor a los 90 minutos post terapia de reperfusión. Se trasladó para realización de coronariografía que evidenció estenosis severa de ADA proximal en bifurcación con ramo diagonal (figura 3), realizándose a continuación angioplastia exitosa de ADA proximal y media con implante de 1 stent liberador de fármacos con buen resultado angiográfico. El ecocardiograma posterior reflejó una leve caída de la función ventricular en torno a 45% con aquinesia anterior.

Pruebas complementarias:

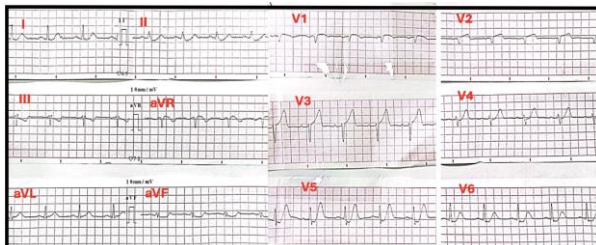


Figura 1

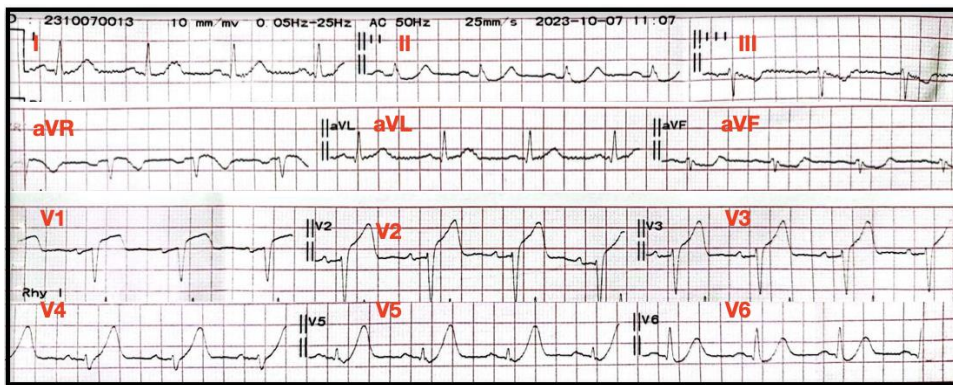


Figura 2\



Figura 3\

Diagnóstico:

SCAEST - patrón de de Winter.\

Discusión:

El IAM anterior puede presentarse electrocardiográficamente de forma transitoria con patrón de de Winter en hasta un 2% de los casos, traduciendo oclusión proximal de la ADA con alta especificidad. Se caracteriza por infradesnivel ascendente del segmento ST de 1-3 mm en derivaciones precordiales asociando una onda T alta y simétrica, en concomitancia a supradesnivel del segmento ST en aVR.\ Las guías actuales unifican los SCA con y sin elevación del segmento ST avalando únicamente la terapia con fibrinolíticos para aquellos pacientes con SCACEST y una estrategia invasiva inmediata con angiografía en los SCASEST de muy alto riesgo. En este caso el reconocimiento de este patrón en el contexto de un SCASEST acarrió un tratamiento fibrinolítico precoz y efectivo, comprobando en la coronariografía la permeabilidad del vaso culpable con una leve afectación de la función cardíaca luego del evento coronario, favoreciendo una buena evolución ulterior. Conclusión: Las recomendaciones de práctica clínica no hacen mención de este patrón en la clasificación de riesgo, no reconociéndose la terapia fibrinolítica farmacológica como opción terapéutica de emergencia en estos casos. Consideramos que el patrón de de Winter debería ser incluido en un futuro como criterio equivalente a SCACEST.\