

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST ASOCIADO A BLOQUEO DE RAMA DERECHA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ELEVATION OF ST SEGMENT ASSOCIATED TO RIGHT BUNDLE BRANCH BLOCK: DESCRIPTION OF A CASE

Ticona-Quispe Renato¹, Morales-Reinaga Luis², Chávez-Yave Yasmany³

Recibido para publicación / Received for publication: 14/11/2018

Aceptado para publicación / Accepted for publication: 30/12/2018

RESUMEN

El Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST sigue siendo un problema de salud importante por ser una emergencia vital con implicaciones pronósticas en cuanto a la rapidez y eficacia en su manejo desde su aparición. Aun con los avances importantes como la reperfusión percutánea y la colocación de los STENTS aún se presentan complicaciones en algunos casos que llevan irreversiblemente a la muerte de los pacientes que reciben el tratamiento oportuno de esta patología, es así que se conoce de la asociación de este síndrome coronario con un bloqueo de rama derecha implica en muchos casos un mal pronóstico para el paciente.

Palabras Clave: Síndrome coronario agudo; Bloqueo rama derecha.

ABSTRACT

Acute coronary syndrome with ST-segment elevation continues to be a major health problem because it is a vital emergency with prognostic implications for the speed and effectiveness of its management since its onset. Even with important advances such as percutaneous reperfusion and the placement of STENTS complications still occur in some cases that irreversibly lead to the death of patients receiving timely treatment of this pathology, it is thus known the association of this Coronary syndrome with a right bundle branch block implies in many cases a poor prognosis for the patient.

Keywords: Acute coronary syndrome; Blocking right branch.

¹M.D. - Medico Residente de Cardiología, Hospital Obrero N° 2. Cochabamba, Bolivia.

²M.D. - Medico Cardiólogo-Ecocardiografista, Docente responsable Residencia de Cardiología Hospital Obrero N° 2. Cochabamba, Bolivia.

³M.D. - Medico Residente de Cardiología, Jefe de Residentes de Cardiología, Hospital Obrero N° 2. Cochabamba, Bolivia.

Correspondencia / Correspondence: Renato Ticona Quispe
e-mail: natotq@gmail.com



El infarto del miocardio, es la máxima expresión de la insuficiencia coronaria y se traduce patológicamente por la existencia de necrosis de una zona del músculo cardíaco, consecutivo a isquemia del mismo. (1) En EEUU, casi 600 000 pacientes son hospitalizados cada año con un diagnóstico primario de Síndrome Coronario Agudo (SCA). La cifra supera el millón de pacientes si se incluye el SCA como diagnóstico secundario. (2)

La presencia de tejido muerto, que por definición constituye la esencia del infarto del miocardio, se define electrocardiográficamente como un “tejido inactivable” y por consiguiente, “incapaz de producir potenciales de acción”. El electrocardiograma (EKG), es un excelente detector de esta alteración electro-anatómica, con alta sensibilidad y especificidad. (3)

Cuando existe cardiopatía la presencia de BRD indica que la cardiopatía de base está avanzada, por ejemplo, presencia de lesiones multivaso más extensas, y menor supervivencia a largo plazo en pacientes con cardiopatía isquémica, mayor aparición de eventos adversos en el seguimiento en pacientes con angina de pecho. (4)

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 43 años de edad trabajadora de una hilandería textil que acude al servicio de emergencias por cursar cuadro clínico de tres días de evolución, caracterizado por presentar dolor epigástrico y torácico pungitivo y opresivo de moderada intensidad con irradiación hacia cuello, acompañado de náuseas sin llegar al vómito, poliuria, polidipsia, polifagia y astenia, además de disnea inexplicable; refiriendo que el mismo cuadro se exacerbó hace aproximadamente siete horas previo a su ingreso, por lo cual, a la evaluación inicial se solicitan los estudios complementarios para identificar la causa del cuadro clínico presente.

A la exploración inicial, se encontró a una paciente disneica que se quejaba de dolor epigástrico de tipo pungitivo y conforme la exploración avanzaba se le administró oxígeno, por puntas nasales con lo que mejoró la disnea a pesar que previo a ello la paciente marcaba saturación de 96%, lo cual puede explicarse por la polipnea de la paciente con su respectiva mejoría a la oxigenoterapia de momento.

Dentro los complementarios se solicitó glicemia, pensando en un cuadro de debut de Diabetes mellitus por la sintomatología característica, aunque hasta ese momento seguía el mal estar general que acusaba la paciente, al mismo tiempo que se comenzó a hidratarla con cristaloideos.

También se solicitó una radiografía de tórax (Ver figura 1), la cual mostraba una leve cardiomegalia, sin embargo, los campos pulmonares estaban dentro los parámetros habituales y aún se continuaba buscando la causa de la disnea. El electrocardiograma solicitado (Ver figura 2), denotaba la presencia de una imagen compatible con Bloqueo Completo de Rama Derecha del Haz de His (BCRDHH), el cual no estaba presente en el electrocardiograma previo (que existía en el expediente de la paciente), esto acompañado de una elevación del segmento ST en las derivaciones V1 – V5 la mayor de 3 mm, se tenía una presunción

diagnostica que explicaría la disnea como equivalente anginoso de un Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST. (SCACEST).

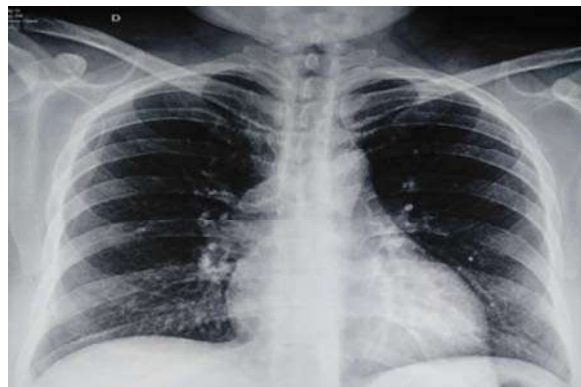


Figura 1: Radiografía de tórax. Fuente: Resultados del estudio.

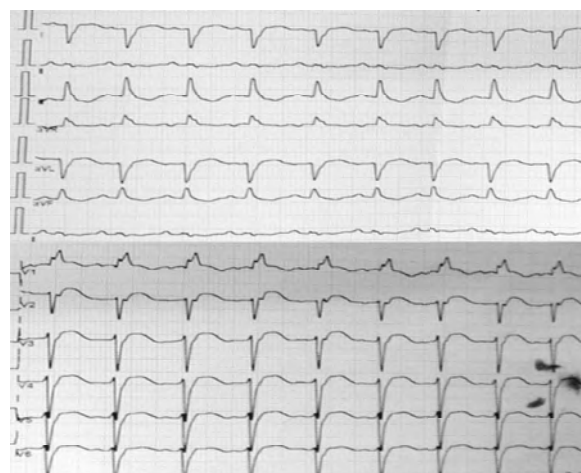


Figura 2: Electrocardiograma. Fuente: Resultados del estudio.

La paciente fue trasladada de emergencia a un centro que contaba con angiografía coronaria, donde se le realizó una coronariografía diagnóstica y tratamiento en consecuencia.

El reporte indicaba una coronaria derecha dominante, segmento proximal desde el origen con lesión larga, del 85-90% (Ver figura 3) con imagen sugestiva de trombo, resto sin lesiones significativas. Dando como diagnóstico postangiografía: 1) Enfermedad arterial coronaria monovasos de la coronaria derecha. 2) Angioplastia con STENT medicado a la coronaria derecha.

Posterior a ello, la paciente retorna a nuestro centro con mejoría de los síntomas y con mejor estado general ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva, dos días después presenta falla cardíaca expresada en edema agudo pulmonar, para lo cual recibió tratamiento logrando estabilizarle momentáneamente pero a las 24 horas la paciente fallece por choque cardiogénico.

DISCUSIÓN

El infarto agudo de miocardio, es una entidad que se constituye una emergencia por la mortalidad que conlleva cuando no se trata oportunamente.

Es bien conocido, desde hace años, que el desarrollo de bloqueo de rama en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST, se asocia con un peor pronóstico y mayor mortalidad. Así, en la era pretrombolítica, diversos estudios demostraron que la presencia tanto de bloqueo

de rama izquierda (BRI) como de rama derecha (BRD), se asociaban con infartos mayores, desarrollo de insuficiencia cardíaca, taquiarritmias ventriculares y mayor frecuencia de muerte. Aunque la aparición de la terapia trombolítica mejoró mucho la evolución global de este tipo de infartos, la aparición de bloqueos de rama continuaba siendo un factor negativo. (4)



Figura 3: Radiografía de tórax. **Fuente:** Resultados del estudio.

El infarto agudo de miocardio anteroseptal, da lugar a la necrosis de la porción anterior del tabique interventricular. El BRD que aparece en este contexto es distinto del que se acaba de describir debido a que en esta situación desaparece la despolarización normal inicial del tabique interventricular. El resultado, es la ausencia de las pequeñas ondas r iniciales en las derivaciones precordiales V1-V2 y también de las ondas q septales en las derivaciones I, aVL y Vj-Va. En consecuencia, el patrón trifásico clásico rSR' del BRD es sustituido por un patrón QSR en las derivaciones V1-V2. (5) Sin embargo, especialmente en los SCA debidos a la oclusión total proximal de una arteria coronaria epicárdica, pueden verse bien las elevaciones del segmento ST en presencia de un BRD completo. (6)

También, es conocido que para que ocurra un SCACEST, están presentes los factores de riesgo cardiovascular como obesidad, Diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, género, edad, sedentarismo, de los cuales nuestra paciente tenía obesidad, Diabetes mellitus, aunque se presentaba como debutante por no tener antecedentes previos la edad y el género pues por la edad y el hecho de ser mujer rondaba la etapa menopáusica con el riesgo cardio-

vascular que conlleva ello.

Al encontrarse la alteración electrocardiográfica, en estos pacientes con factores de riesgo y cuadro clínico, está indicado realizar una estrategia de reperfusión urgente, que es lo que se hizo con esta paciente, sin esperar los biomarcadores cardíacos que llegaron después (que obviamente salieron positivos). Sin embargo, esto no fue suficiente ya sea por el mal pronóstico que conlleva como ya se dijo la asociación de un SCACEST + bloqueo de rama derecha aislado o por el paso del periodo desde que comenzó el cuadro de tres días, aunque esto último podría no ser la causa, pues la paciente refería que el cuadro se agravo siete horas antes, que serian las horas verdaderas de la evolución del infarto.

Este caso sirve para el conocimiento médico, puesto que no son muy comunes y por el pronóstico que conlleva su aparición, se debe prestar especial atención ante la sospecha de un SCACEST asociado a bloqueo de rama derecha pues ello conlleva una mortalidad elevada incluso con una respuesta oportuna y eficaz.

Potencial Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses pertinentes a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guadalajara JF. Cardiología. 6ta edición. Mexico D.F.: Mendez Editores; 2006.
2. Mann DL, Zipes DP, Libby, Bonow RO. Braunwald Tratado de Cardiología. 10ma edición. Barcelona España: El Sevier; 2016.
3. Bisteni A. El infarto del miocardio y los trastornos de conducción intraventricular. Archivos de Cardiología de México. 2004;74(s1):32-7.
4. Jaulent L. Pronóstico a corto y largo plazo de los pacientes con infarto agudo de miocardio y bloqueo de rama [tesis]. Murcia: Universidad de Murcia; 2015.
5. Nuñez I. Bloqueo de rama: implicaciones pronósticas en la era de los stents y la angioplastia primaria Blog [Internet]. Madrid: Iván Javier Nuñez Gil. 2018 May - [citado 2018 May]. Disponible en: <https://secardiologia.es/blog/2308-bloqueo-rama-implicaciones-pronosticas-era-de-los-stents-y-la-angioplastia-primaria>
6. Wesley K. Arritmias interpretación y tratamiento. 4ta edición. Barcelona-España: El Sevier; 2012.

