

VASOESPASMO CORONARIO Y ARRITMIAS VENTRICULARES GRAVES

JENNIFER COZZARI¹, CAROLINA CICERO¹, FERNANDO PEÑAFORT¹, MARTA ESCUDERO¹, CAROLINA SOBISCH², GONZALO DELLA FAZIA¹, JORGE PIASENTIN³, ADOLFO GAMBARTE⁴

RESUMEN

Es conocida la asociación de arritmias ventriculares y vasoespasmo coronario aislado, pero pese a ello existen pocos casos documentados en la literatura. En este artículo damos a conocer el caso de una paciente con vasoespasmo coronario maligno.

Palabras clave: vasoespasmo coronario, taquicardia ventricular.

REVISTA CONAREC 2013 MAR-ABR;29(118):61-63 | VERSIÓN WEB WWW.REVISTACONAREC.COM.AR

INTRODUCCIÓN

Son muy escasos los pacientes portadores de espasmo coronario aislado capaz de desencadenar arritmias ventriculares. El objetivo de esta presentación es el de difundir el caso de una paciente con espasmo coronario documentado y taquicardia ventricular constituyéndose un espasmo coronario maligno.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 48 años con antecedentes de tabaquismo actual (20 paquetes/año) y síndrome depresivo sin tratamiento, que una semana previa a la consulta permaneció internada en Unidad Coronaria por dolor precordial y presíncope. Se realiza ECG sin cambios evolutivos, analítica normal. Presentó ergometría suficiente negativa, ecocardiograma en límite normal. Se decide externación y tratamiento antidepressivo.

Nuevamente consulta por presentar cinco horas previas al ingreso dos episodios de ángor típico durante el sueño, de 10 a 20 minutos de duración, que cedieron espontáneamente.

Al ingresar a UCI presenta nuevo episodio de ángor, constatándose por monitor TVNS que cede con la administración de dinitrato de isosorbide sublingual (**Figuras 1 y 2**).

Durante la evolución presentó episodios de ángor asociados a cambios electrocardiográficos (supradesnivel del ST) y taquicardias ventriculares no sostenidas.

Se realizaron 3 juegos de enzimas cardíacas (CPK CPK MB) normales. No hubo hallazgos patológicos en los análisis de laboratorio, radiografía de tórax y ecocardiograma trastorácico.

Para continuar el estudio de la paciente se realizó una cineco-

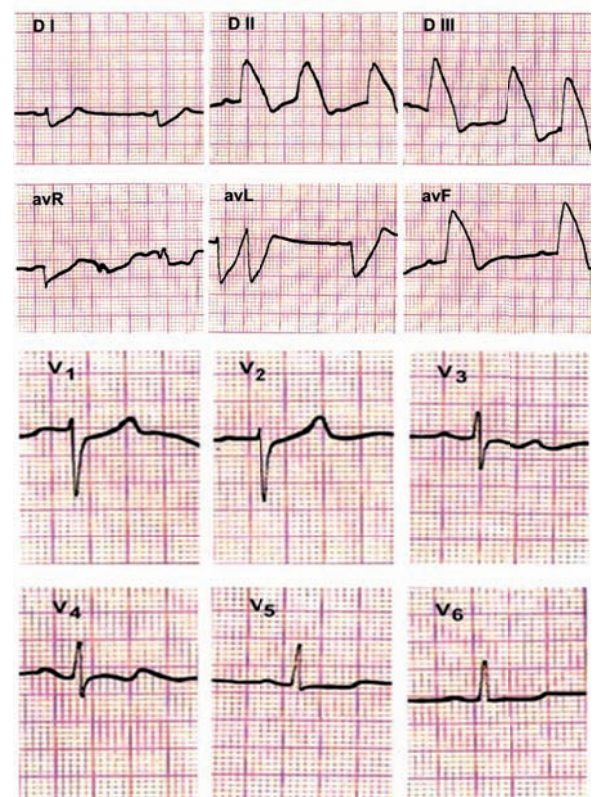


Figura 1. ECG: dolor precordial.

1. Residentes de Cardiología.
2. Jefa de Residentes.
3. Jefe de Unidad Coronaria.
4. Jefe de Servicio de Cardiología.

Hospital Luis C. Lagomaggiore. Mendoza, Rep. Argentina.

Correspondencia: jennifercozzari@yahoo.com.ar



Figura 2. ECG: dolor precordial (muestra TVNS con supradesnivel del ST).



Figura 4. Test de hiperventilación: TVNS con supradesnivel del ST.

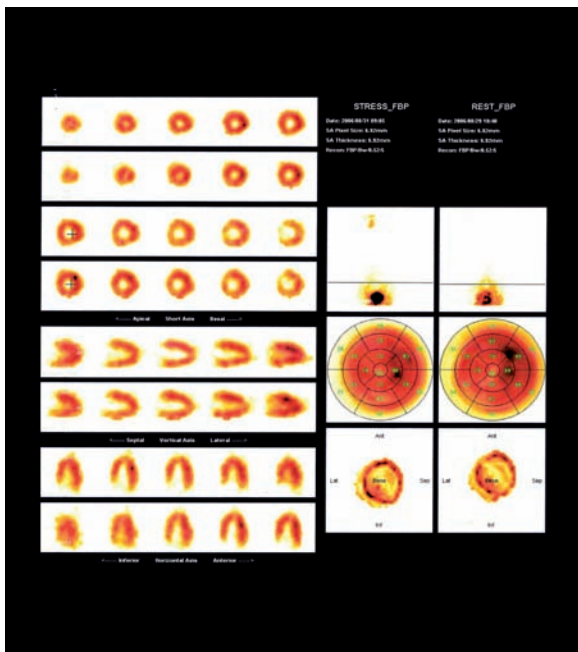


Figura 5. Test de perfusión miocárdica: no demuestra isquemia.

ronariografía en la que no se observaron lesiones angiográficamente significativas, con función sistólica conservada en el ventriculograma.

Presentó espasmo de la arteria coronaria derecha que cedió con la NTG intracoronaria (Figura 3).

Durante el test de hiperventilación presentó isquemia como se observan en la Figura 4.

No se detectó isquemia en el test de perfusión miocárdica (SPECT) con Tc99m-sestamibi en reposo, con adenosina y con test del frío bajo tratamiento médico óptimo (Figura 5).

Se realizó tratamiento con diltiazem 60 mg cada 8 hs, clonazepam 0,5 mg cada 12 hs, paroxetina 20 mg día. La paciente no realiza los controles luego del alta. Fallece dentro del año por muerte súbita en su domicilio.

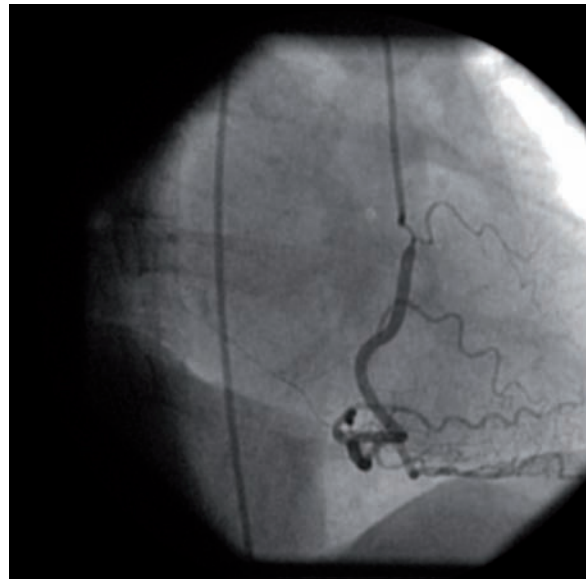


Figura 3. Cinecoronariografía: muestra vasoespasm ante la infusión del contraste.

DISCUSIÓN

La angina por vasoespasm se asocia con un riesgo de IAM y muerte súbita de hasta 20 y 10%, respectivamente. La arritmia ventricular más frecuente asociada con el vasoespasm es la TV polimorfa, que puede degenerar en fibrilación ventricular (FV). Esta TV se ha documentado en pacientes con vasoespasm asintomático y aparece con mayor frecuencia cuando la elevación del ST ocurre en las derivaciones anteriores. Existe buena correlación entre el grado de elevación del ST y la incidencia de arritmias, fundamentalmente la TV polimorfa.

Dentro de los tratamientos realizados, se ha demostrado en el ataque agudo de vasoespasm el uso de nitratos de acción rápida. El efecto de estas sustancias es breve y para la prevención de nuevos ataques deben usarse drogas con una duración de acción mayor. Los calcioantagonistas han demostrado una gran eficacia. Teniendo en cuenta que los ataques suelen ocurrir entre la medianoche y la madrugada, el tratamiento debería pautarse adaptado al horario nocturno, con aumento gradual de las dosis hasta las máximas toleradas.

En el caso de la paciente, no se agregó ningún tratamiento antiarrítmico aunque se evaluó la colocación de un cardioresplabilador implantable. Si bien la evidencia es escasa, existen casos en los que la administración de amiodarona tuvo beneficios, quizás por su mecanismo antiarrítmico y vasodilatador agregado.

No existen estudios con un número significativo de pacientes que hayan evaluado la eficacia del CDI en el vasoespasm coronario con arritmias ventriculares, y su indicación es controversial. En la mayoría de los casos se indica cuando el tratamiento médico fracasa. Se considera que el CDI puede resultar adecuado en pacientes: a) reanimados de una FV, b) con espasmo multivascular y arritmias ventriculares o c) que han presentado arritmias ventriculares y permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento, ya que la eficacia de la medicación es limitada. Los calcioan-

tagonistas y los nitratos reducen la incidencia de episodios, pero no existen garantías de ausencia de recurrencias de vasoespasma que desencadenen arritmias graves. Se describieron casos de recurrencias años después del primer evento. El CDI no fue eficaz en algunos de estos pacientes, ya que se han documentado casos en los que la FV no fue revertida por el CDI debido a un mecanismo isquémico persistente. Este hecho resalta la importancia de una terapia médica agresiva, independientemente de que se tome la decisión de implantar o no un cardiodesfibrilador. A pesar del tratamiento con calcioantagonistas, nuestro paciente continuó presentando episodios de vasoespasma asinto-

máticos con desarrollo de TV polimorfas, por lo que defendemos el implante de un CDI a pesar de un tratamiento médico óptimo.

ABSTRACT

It is known the association of ventricular arrhythmias and coronary vasospasm however there are few documented cases in the literature. In this article we present the case of a patient with malignant coronary vasospasm.

Key words: coronary vasoespasm, ventricular tachycardia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alves de Lima A, Guglielmo R, Trivi M, Ortega D, Laino R, Segura E, Giniger A. Espasmo coronario maligno (espasmo coronario asociado con muerte súbita). *Rev Argent Cardiol*, marzo-abril 2000;68(2):277-280.
2. Del Valle JD, Salazar González JJ, Blasco Peiró T, Moreno Ambroj C, Blanco González E, Legazcue Goñi AI, Galache Osuna JG, Asso Abadía A, Placer Peralta LJ. Vasoespasma coronario asintomático y arritmias ventriculares graves. *Rev Argent Cardiol*, septiembre-octubre 2010;78(5):445-448.
3. Contreras Zuniga E, Gómez Mesa JE, Zuluaga Martínez SX, Ocampo V, Urrea CA. Angina de Prinzmetal. *Arq Bras Cardiol* 2009;93(2):e26-e29.
4. Shah RV, Januzzi JL Jr. ST-elevation alternans and nonsustained polymorphic ventricular tachycardia in a patient with Prinzmetal (variant) angina. *Circulation* 2010 Mar 23;121(11):1371-1373.
5. Letsas KP, Filippatos GS, Efremidis M, Sideris A, Kardaras F. Secondary prevention of sudden cardiac death in coronary artery spasm: is implantable cardioverter defibrillator always efficient? *Int J Cardiol* 2007 Apr 12;117(1):141-143.
6. Arias MA, Sánchez AM, Fajardo A. Sudden cardiac death during Holter recording in a patient with vasospastic angina. *Int J Cardiol* 2007 May 31;118(2):e60-e62.
7. Nishizaki M, Arita M, Sakurada H, Suzuki M, Ashikaga T, Yamawake N, et al. Polymorphic ventricular tachycardia in patients with vasospastic angina— Clinical and electrocardiographic characteristics and long-term outcome. *Jpn Circ J* 2001 Jun;65(6):519-525.