

PRESENTACIÓN DE CASO



Infarto cardiaco silente: a propósito de un caso

Silent myocardial infarction: a case report

Claribel Plain Pazos,¹ Yaquelin Martínez Chávez,¹ Marilee Infante Aguirre,² José Antonio de Armas Linares²

Resumen

La cardiopatía coronaria sigue siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados. Son pocos los casos de infarto agudo miocárdico silentes descritos en la bibliografía. El ataque cardíaco silencioso afecta a una de cada cinco personas con infarto, y es más frecuente en diabéticos. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de infarto silente en un paciente masculino de 77 años que acudió a cuerpo de guardia refiriendo sensación de frialdad en miembros superiores. El electrocardiograma y las enzimas cardíacas mostraron la presencia de un infarto agudo del miocardio. Después del tratamiento con estreptoquinasa recombinante el paciente evolucionó favorablemente demostrándose la efectividad del tratamiento mediante el electrocardiograma. Un diagnóstico y tratamiento precoz en este tipo de infarto garantiza una mejor supervivencia y calidad de vida.

Palabras clave: Infarto agudo del miocardio; Infarto del miocardio silente

Abstract

Coronary heart disease remains being one of the leading causes of mortality and morbidity in developed countries. There are few cases of silent acute myocardial infarction described in the literature. Silent heart attack affects one out of five people with infarction, and is more common in diabetics. The objective of this study is to present a case report of silent infarction in a 77-year-old male patient who came to the emergency department, referring coldness in the upper limbs. Electrocardiogram and cardiac enzymes showed the presence of an acute myocardial infarction. After treatment with streptokinase the patient evolved favorably demonstrating the effectiveness of the treatment through the electrocardiogram. A diagnosis and early treatment in this type of heart attack guarantees a better survival and quality of life.

Key words: Acute myocardial infarction; Silent myocardial infarction

Introducción

La cardiopatía coronaria sigue siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados, tanto en la población general, como en los ancianos, sin embargo, en los últimos años se asiste a una disminución de la mortalidad por enfermedad cardiovascular. El informe del Ministerio de Salud Americano (NHANES), publicado el año 2016, estima en 15.5 millones el número de pacientes con cardiopatía coronaria, con una prevalencia de 6.2% en sujetos mayores de 20 años (7.6% hombres y 5% mujeres). Este documento informa 660 000 pacientes con un nuevo evento coronario al año. La mortalidad sigue siendo elevada, 1 de cada 7 muertes en EE.UU. en el 2013, sin embargo, ha disminuido en la última década, en relación al mejor manejo del Infarto Agudo del Miocardio (IAM) con estrategias agresivas de reperfusión, y mejor manejo post IAM, por otro lado, la incidencia también ha disminuido en los países desarrollados dado a las políticas de prevención primaria.¹

Las enfermedades del corazón son la primera causa de mortalidad en Cuba y 65% de las muertes por este padecimiento ocurren específicamente por enfermedades isquémicas; de ellas, 44% por infarto agudo de miocardio.²

La incidencia de la enfermedad coronaria es más frecuente en los hombres, siendo la proporción con respecto a las mujeres de 2:1 o más.³

La cardiopatía isquémica es un trastorno que se produce al recibir parte del miocardio una cantidad insuficiente de

sangre y oxígeno; surge de manera específica cuando hay un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y la necesidad del mismo por el músculo cardíaco.

Los pacientes con cardiopatía isquémica pertenecen a dos grupos: pacientes con arteriopatía coronaria crónica, cuyo cuadro inicial más frecuente es la angina estable, y pacientes con síndrome coronario agudo, compuesto por angina inestable e infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST. La causa más frecuente de isquemia de miocardio es el ataque aterosclerótico.⁴ Se conocen los factores de riesgo cardiovascular que predisponen a la aparición de cardiopatías isquémicas.

Estos factores de riesgo son obesidad, edad avanzada (mayor de 55 años en hombres y 65 años en mujeres), diabetes mellitus, hipertensión arterial (HTA), sedentarismo, enfermedad renal crónica, tabaquismo, dislipidemia, antecedente familiar de enfermedad coronaria prematura en parientes de primer grado. También se ha encontrado que apnea obstructiva de sueño es un factor de riesgo cardiovascular, entre otros.⁵

La más frecuente y principal manifestación clínica del síndrome coronario agudo (SCA) es el dolor torácico. Las consultas por dolor torácico en EE.UU. alcanzan los 6 millones por año, siendo el 15% de estos en mayores de 65 años.¹ Aunque también la literatura menciona que 30% de los infartos de miocardio son silentes, mayormente en mujeres (35% vs 28%).⁵

Presentación de caso

Paciente masculino de 77 años de edad, con antecedentes de sordera para lo cual usa prótesis auditiva y de haber

sido operado hace varios años de divertículos del colon. En esta ocasión acude al cuerpo de guardia porque se

encontraba jugando dominó y comienza con sensación de frialdad en ambos miembros superiores, niega dolor torácico, ni otro síntoma acompañante.

Datos al examen físico:

FC: 78 latidos / minuto

TA: 150 / 99 mm Hg

FR: 19 respiraciones / minuto

Complementarios al ingreso:

Electrocardiograma inicial: se evidencia supradesnivel del segmento ST-T de más de 1mv en derivaciones DII, DIII, AVF, V5, V6. (Fig. 1)

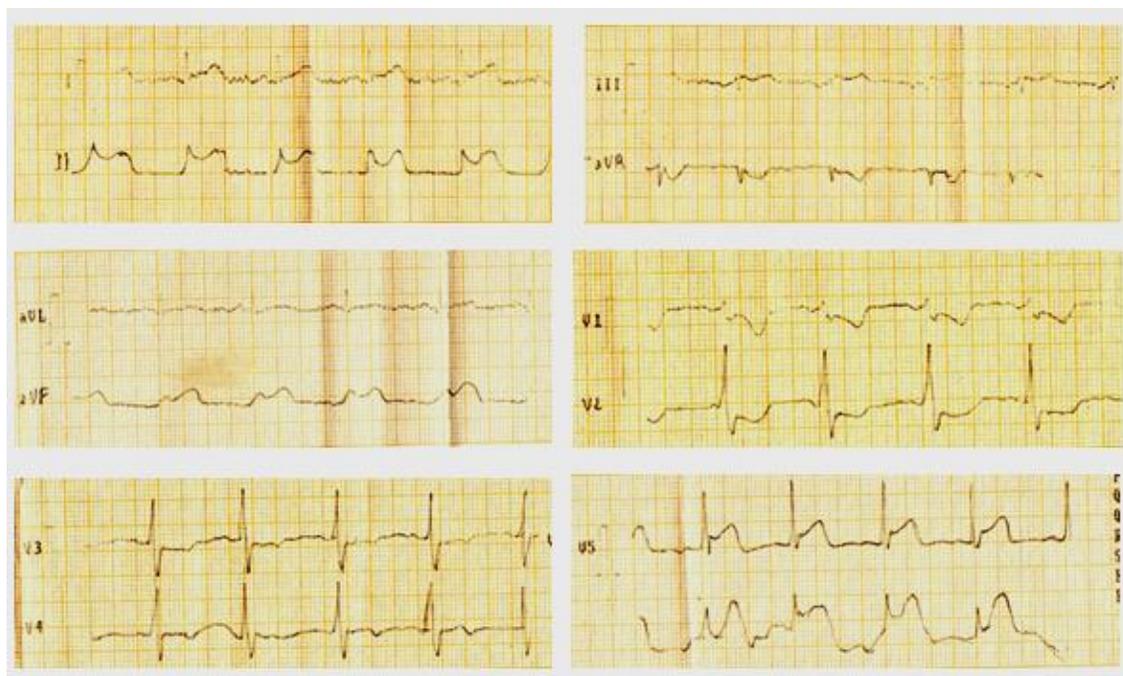


Fig. 1. Electrocardiograma inicial.

Fuente: Expediente clínico transitorio del servicio de urgencias.

Glicemia: 4.2 mmol/l

TGP: 22.0 UI/l

TGO: 43.9 UI/l

LDH: 375 UI/l

CPK: 218 UI/l

CK-MB: 66 UI/l

Se diagnosticó como infarto agudo del miocardio de cara inferior y lateral y se inició tratamiento trombolítico.

Complementarios evolutivos a las 4 horas del arribo al servicio de urgencias:

TGP: 80.0 UI/l

TGO: 430 UI/l

LDH: 984 UI/l

CPK: 3315 UI/l

CK-MB: 288 UI/l

A las 6 horas de evolución después de la trombolisis con estreptoquinasa recombinante humana, el electrocardiograma mostró onda T negativa en derivaciones DI y aVL y onda Q patológica mayor del 25% de la onda R en derivaciones DII, DII y aVF, V5 y V6. El segmento ST-T regresó a la normalidad. (Fig. 2)

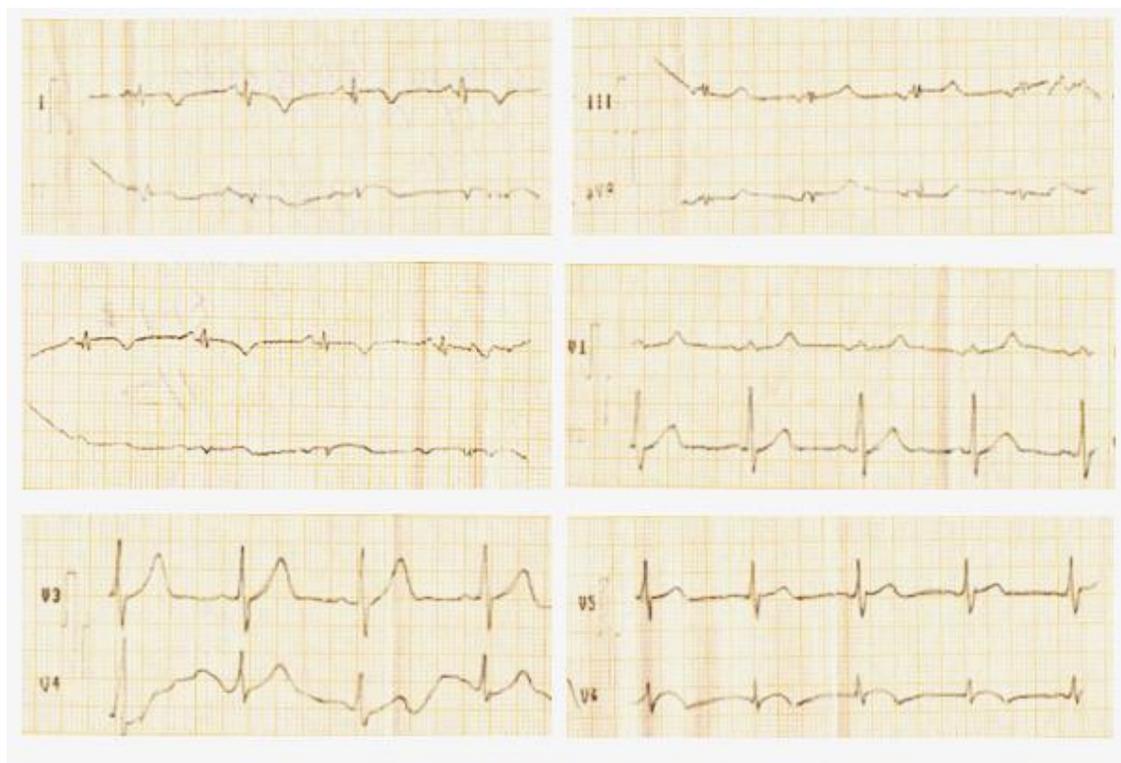


Fig. 2. Electrocardiograma posterior a la trombolisis.

Fuente: Expediente clínico transitorio del servicio de urgencias.

Evolutivamente, a las pocas horas luego de las medidas generales; administración de atenolol 50mg oral, ASA 125mg oral; y trombolisis con estreptoquinasa (SKr), desapareció la sensación de frialdad en ambos miembros superiores,

y mantuvo estabilidad de sus signos vitales. A los 5 días de evolución el paciente fue egresado del hospital con tratamiento (ASA 125 mg y atenolol 50 mg día vía oral), así como seguimiento por su área de salud.

Discusión

Son pocos los casos de IMA silentes descritos en la literatura, quizás debido a que como estos infartos no tienen un cuadro clínico típico, el paciente en muchas ocasiones no acude a recibir asistencia y en la gran mayoría de los casos son diagnosticados de forma fortuita cuando ya ha pasado el episodio agudo.

El ataque cardíaco silencioso, que afecta a una de cada cinco personas con infarto, se denomina así porque no produce síntomas o los mismos son ligeros.⁶ Varias bibliografías consultadas

demuestran que esta entidad es mucho más frecuente en pacientes diabéticos que en la población general.^{6,7} Cuando se produce un infarto agudo del miocardio silente, se desarrolla necrosis miocárdica. La mayoría de los infartos ocurren en el ventrículo izquierdo debido a su mayor demanda de oxígeno y al mayor grosor de su pared, el 15% afectan a los dos ventrículos y solo un 3% al ventrículo derecho.⁶ En el caso antes presentado el paciente no sufrió dolor precordial alguno, solo sintió sensación de frialdad en ambos miem-

bros superiores, síntoma no característico de enfermedad alguna, pero como se mencionó anteriormente, la no presencia de dolor no lo hace menos peligroso, el paciente además solo tenía como factor de riesgo la edad mayor de 55 años y el sexo masculino, no padecía de ninguna enfermedad crónica que lo predispusiera para sufrir de un ataque al corazón.

Los autores concuerdan que el electrocardiograma y algunos análisis de concentraciones de enzimas cardíacas son las pruebas diagnósticas que ayudan a detectar un infarto agudo de miocardio.^{6,7} El ECG de este paciente a su llegada mostró signos de lesión en cara inferior y lateral del corazón, y las enzimas cardíacas se encontraban ligeramente aumentadas al ingreso, lo que no coincide con los resultados encontrados por otros autores que manifiestan que en la primera hora del infarto agudo las enzimas cardíacas (CK-T y CK-MB) pueden estar normales,^{1,6} esto pudiera deberse a que como el paciente no presentó un cuadro clínico típico, pudo haberse demorado en solicitar atención médica. Sin embargo, cuatro horas después de su

llegada los niveles enzimáticos se habían incrementado a más del doble de los valores iniciales, lo que demostró la presencia del infarto.

Varios autores coinciden en que todo paciente con sospecha razonable de IAM con supradesnivel del segmento ST o bloqueo completo de rama izquierda presumiblemente nuevo, que ingrese dentro de las 12 horas de haber comenzado los síntomas, debe someterse a reperfusión con fibrinolíticos.^{1,6,7}

Este paciente presentaba supradesnivel del segmento ST en derivaciones DII, DIII, aVF, V5 y V6, y solo había transcurrido 1 hora de iniciada la sensación de frialdad en los miembros superiores, por lo que tenía criterios para tratamiento con fibrinolíticos.

Se le administró estreptoquinasa recombinante, después de lo cual el paciente evolucionó favorablemente y el ECG posterior a la trombolisis mostró normalización del segmento ST-T y solo persistió onda Q en la cara inferior, lo cual demuestra la efectividad del tratamiento trombolítico en este paciente, hecho que coincide con lo descrito por otros autores.^{1,6}

Referencias bibliográficas

1. Llancaqueo M. En línea: manejo del síndrome coronario agudo en el paciente adulto mayor. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017; 28(2), 291-300. [consultado 23 de mayo de 2017] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300457>
2. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticos de Salud.: En línea: Anuario Estadístico de la Salud 2016. La Habana: Ministerio de Salud Pública. 2017 [consultado 23 de mayo de 2017] Disponible en:
3. Moldes M, González M, Hernández MC, Prado LA, Pérez M. En línea: Comportamiento del infarto agudo del miocardio en Cuidados Intensivos. Centro Diagnóstico Integral Simón Bolívar. Venezuela. Rev. Med. Electrón. 2017 Feb; 39(1): 43-52 [consultado 23 de mayo de 2017] Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000100006&lng=es

4. Feng A, Peña Y, Li W. En línea: La cardiopatía isquémica en pacientes diabéticos y no diabéticos. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2017;16(2) [consultado 23 de mayo de 2017] Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1781/1793>
5. Bartra A. Hurtado E. En línea: Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con síndrome isquémico coronario agudo de Chiclayo, 2015. Tesis para optar por el título de Médico Cirujano. 2017 [consultado 23 de mayo de 2017] Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/779/1/TL_BartraAguinagaAngie_HurtadoNoblecillaEmmanuel.pdf
6. Espinosa C. En línea: Infarto silencioso: síntomas, diagnóstico y prevención. Enfermedades del corazón, about. 2015 [consultado 23 de mayo de 2017] Disponible en: https://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiJo4GUyobUAhXi6YMKHVdKDLcQFggwMAE&url=http%3A%2F%2Fenfermedadescorazon.about.com%2Fod%2FInfartos%2Ffl%2FQue-es-un-infarto-silencioso.htm&usq=AFQjCNHtnuIqUIJf3bvT0ORS4AMjo_wjSw&sig2=GSYSTrVAiebFwOcq1GkQjQ
7. Valdes Ramos ER, Rivera Chávez M, Bencosme Rodríguez N.: En línea: Comportamiento del infarto agudo del miocardio en personas con diabetes mellitus de la provincia Granma. Revista Cubana de Endocrinología. 2012; 23(2):128-138 [consultado 23 de mayo de 2017] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000200003

¹ Filial de Ciencias Médicas "Lidia Doce Sánchez". Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba.

² Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Mártires del 9 de Abril". Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba.

Los autores declaran no presentar conflicto de interés y que participaron de manera equitativa en la recolección de la información y la realización del manuscrito enviado.

Recibido: 21 de abril de 2017

Aprobado: 13 de junio de 2017

Correspondencia: Claribel Plain Pazos. Filial de Ciencias Médicas "Lidia Doce Sánchez". Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba. E-mail: claribelpp@infomed.sld.cu