

Angiotomografía como predictora de muerte súbita en infarto miocárdico con coronarias normales

Angiotomography as a predictor of sudden death in myocardial infarction
with normal coronaries

Rodolfo Vega Candelario^{1*} <http://orcid.org/0000-0003-4459-8350>

¹Hospital Provincial Docente “Roberto Rodríguez Fernández”. Ciego de Ávila, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rvc_50@infomed.sld.cu

Recibido: 25/09/2019

Aprobado: 13/10/2019

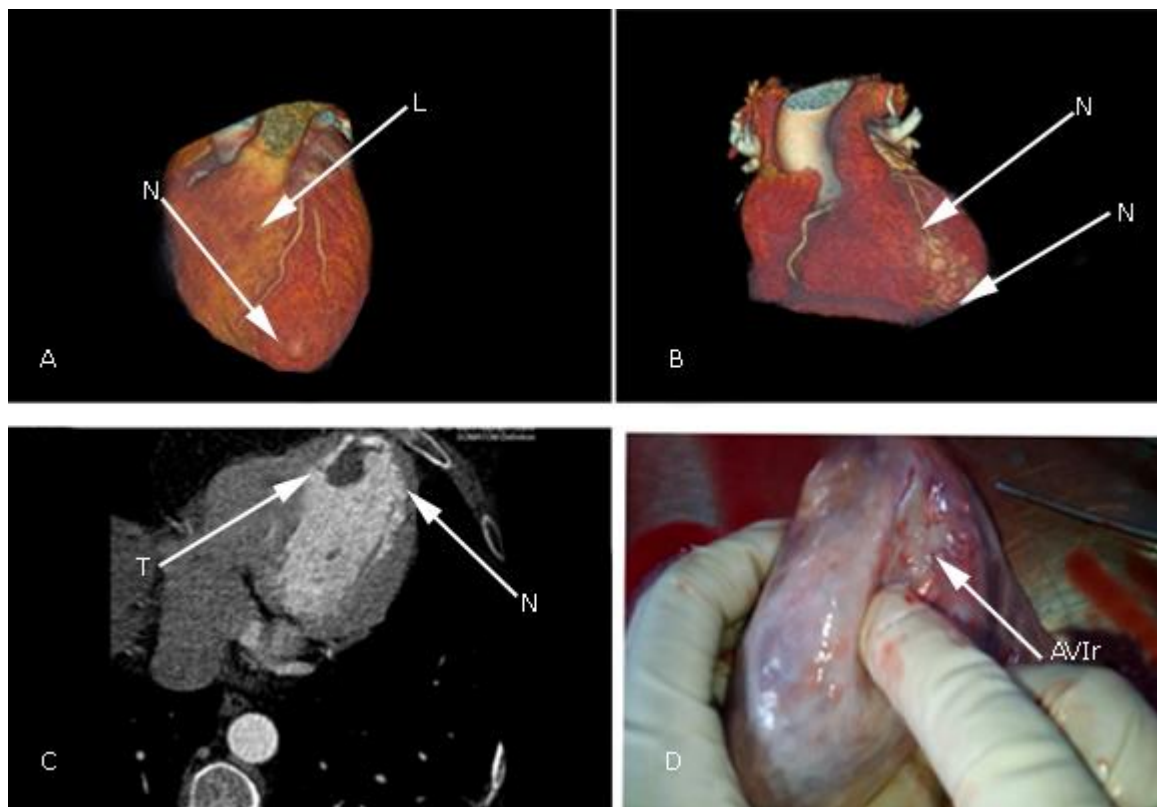
Pacientes del sexo masculino, que padecieron infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) anterior extenso y presentaron coronariografías normales.^(1,2) La fracción de eyección (FEVI) fue entre 32 % y 42 % en todos los pacientes, tanto en la AngioTac como en ecocardiografía.^(3,4) Se comprobó persistencia de elevación del segmento ST durante meses⁽⁵⁾ y fallecieron por muerte súbita.

Paciente No. 1: Hombre de 37 años, necrosis apical cardíaca (N) y lesión extensa (L); a los 13 meses falleció por muerte súbita debido a la expansión y extensión de IAMCEST (Fig. A).

Paciente No. 2: Hombre de 47 años, con necrosis miocárdica amplia (N); a los 12 meses sufrió arritmia cardíaca ventricular grave y falleció por muerte súbita debido a IAMCEST (Fig. B).

Paciente No. 3: Hombre de 38 años, amplia necrosis miocárdica (N) y trombo apexiano (T); a los 14 meses padeció de embolismo cerebral con muerte súbita como complicación de IAMCEST (Fig. C).

Paciente No. 4: Hombre de 51 años, a los 11 meses y 9 días sufrió ruptura de aneurisma de ventrículo izquierdo (AVIr), y falleció por muerte súbita, como complicación de IAMCEST (Fig. D).



N: necrosis, L: lesión, T: trombo, AVIr: aneurisma de ventrículo izquierdo
Fig. – Necrosis (N); lesión (L); y trombo (T) en AngioTAC (1A, 1B y 1C) y ruptura de aneurisma de ventrículo izquierdo (AVIr) en anatomopatología (1D) como causas de muerte súbita en enfermos con coronarias normales, pasado 1 año de sufrir IAMCEST.

Referencias bibliográficas

1. Bairey Merz CN, Pepine CJ, Walsh MN, Fleg JL. Ischemia and no obstructive coronary artery disease (INOCA): Developing Evidence-based Therapies and Research Agenda for the Next Decade. *Circulation*. 2017 [citado: 15/01/2019];135(11):1075-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5385930/pdf/nihms850333.pdf>
2. Zuluaga-Quintero M, Cano-Granda CC. Infarto agudo de miocardio sin enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva. *Iatreia*. 2018 Oct-Dic [citado:

15/01/2019];31(4):371-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v31n4/0121-0793-iat-31-04-00371.pdf>

3. Ahumada S, Restrepo G. Ecocardiografía en infarto agudo de miocardio. Rev. Colomb Cardiol. 2014 [citado: 15/02/2019];21(3):164-73. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332014000300008

4. Min JK, Dunning A, Lin FY, Achenbach S, Al-Mallah M, Budoff MJ, et al. Age- and sex-related differences in all-cause mortality risk based on coronary computed tomography angiography findings results from the International Multicenter CONFIRM (Coronary CT Angiography Evaluation for Clinical Outcomes: An International Multicenter Registry) of 23,854 patients without known coronary artery disease. J Am Coll Cardiol. 2011 [citado: 21/02/2019];58:849-60. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109711019541>

5. Rodríguez Jiménez AE, Cruz Inerarity H, Valdés Arias B, Quintana Cañizares G, Toledo Rodríguez E. Duración del QRS como predictor de baja fracción de eyección en el infarto miocárdico con elevación del ST. CorSalud. 2018 Ene-Mar [citado:15/05/2019];10(1):13-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/corsalud/cor-2018/cor181c.pdf>

Conflicto de intereses

El autor asegura que no existe conflicto de intereses.