

Indicación de desfibrilador automático implantable en paciente con angina de Prinzmetal y síncope

Sr. Editor:

El vasospasmo coronario es una posible causa de arritmia ventricular grave que se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del síncope y la muerte súbita^{1,2}. Las arritmias que aparecen en este contexto clínico tienen como tratamiento el específico del vasospasmo. Las guías clínicas no recomiendan la implantación de un dispositivo antiarrítmico por ser secundarias a una isquemia aguda cuya causa se considera controlable.

Presentamos el caso de un paciente con vasospasmo coronario que cursaba con arritmias potencialmente letales, que fueron controladas inicialmente con tratamiento médico. Comprobamos la eficacia de los fármacos mediante test de provocación con ergonovina y realizamos seguimiento durante 1 año.

Varón de 64 años que acude a urgencias por dos síncope precedidos de opresión retroesternal. En el hospital refiere una nueva molestia torácica, por lo que se realiza electrocardiograma (ECG), que muestra supradesnivelación del ST en II, III y aVF. Tras nitroglicerina intravenosa, desaparecen los síntomas y se normaliza el ECG. A pesar de intensificar el tratamiento médico, esta situación se repite en dos ocasiones. Se realiza coronariografía, que demuestra espasmo coronario al resolverse con nitroglicerina intracoronaria una oclusión de la arteria descendente anterior y una lesión moderada en la arteria circunfleja (fig. 1). Finalmente, sufre otro episodio asociado a taquicardia sinusal con bloqueo auriculoventricular (BAV) 2:1, taquicardia ventricular no sostenida y taquicardia ventricular polimórfica (fig. 2). Se controla nuevamente con nitroglicerina intravenosa. Comenzamos tratamiento con dosis crecientes de diltiazem y nitratos orales, y tras ergometría y test de ergonovina negativos, se le da el alta.

Ocho meses después, en tratamiento, padece un nuevo síncope. Acude a urgencias, donde se constata otro episodio sincopal que cursó con BAV completo y elevación del ST en derivaciones inferiores. Después, como consecuencia de una taquicardia ventricular que evoluciona a fibrilación ventricular, precisa reanimación cardiopulmonar. Se decide implantar desfibrilador automático (DAI) e intensificar el tratamiento médico. En los 4 meses posteriores ha permanecido libre de eventos.

La forma de presentación más frecuente del vasospasmo coronario es la angina variante o de Prinzmetal. El tratamiento farmacológico suele controlar los síntomas, y el pronóstico generalmente es bueno, con una supervivencia superior al 95% a los 5 años. Con menor frecuencia puede manifestarse como síncope o muerte súbita debido a asístole, BAV o taquiarritmias ventriculares. En estos casos el pronóstico podría empeorar si el tratamiento médico no asegura la eliminación de los episodios. Nuestro caso plantea este problema. La medicación pautada

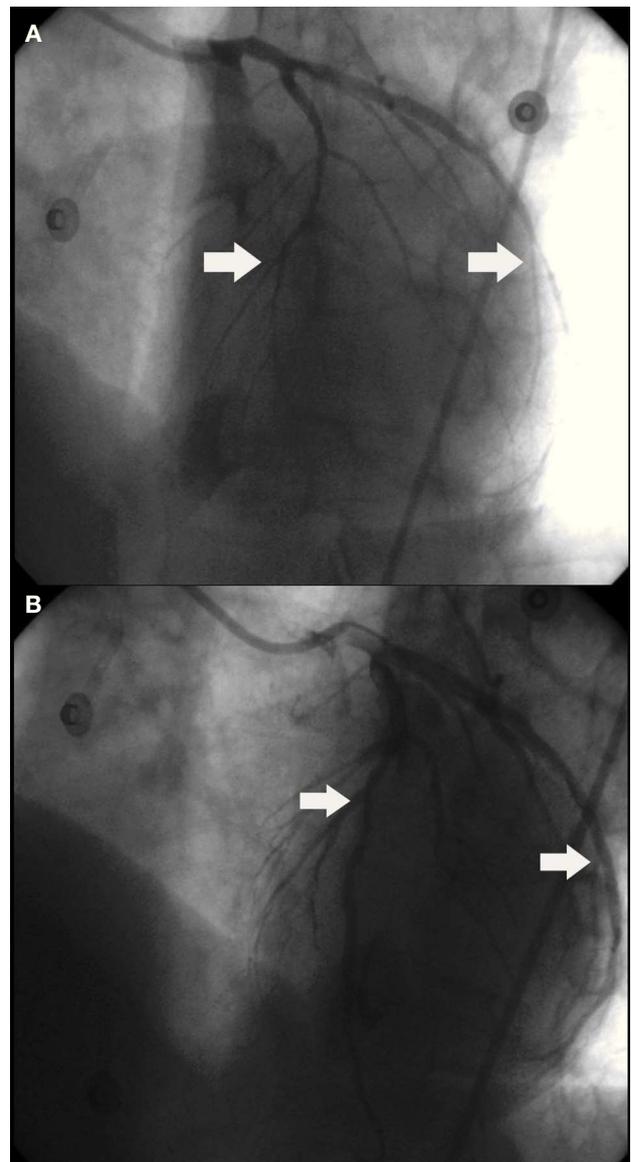


Fig. 1. A: Oclusión total de la arteria descendente anterior a nivel medio-distal y lesión moderada en arteria circunfleja proximal. B: Las lesiones desaparecen tras inyectar nitroglicerina intracoronaria, y queda una lesión no significativa en la descendente anterior.

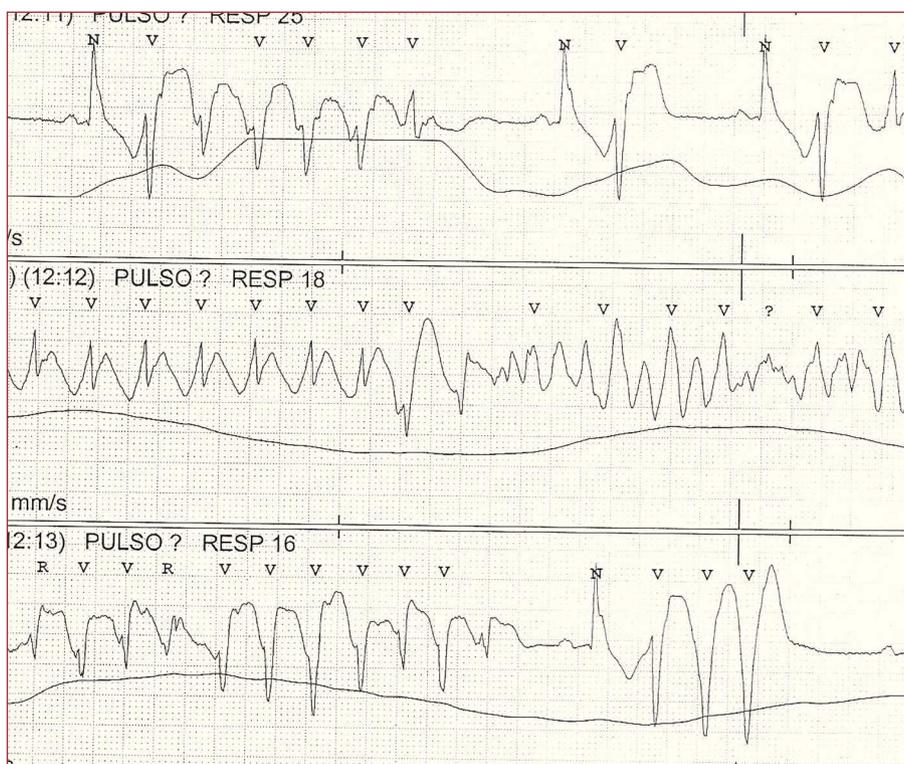


Fig. 2. Taquicardia ventricular polimórfica en el contexto de vasospasmo coronario. Se controló con nitroglicerina intravenosa.

fue la de elección para el control del vasospasmo. En el caso concreto de los antagonistas del calcio, además, se ha descrito su posible utilidad en el control de las *torsades de pointes* en el BAV³. Para tratar de aportar más seguridad, realizamos la prueba de provocación; como resultó negativa, se desestimó la implantación de marcapasos o DAI. Sin embargo, 8 meses después se repitieron dos episodios de arritmia potencialmente letales, por lo que se indicó el DAI.

Previamente han sido publicados pequeños estudios⁴ y casos clínicos similares que entran en contradicción con otros en los que no se repetían los episodios con tratamiento médico⁵. Asimismo se han encontrado recurrencias y terapias de DAI ineficaces en probable relación con tratamiento médico insuficiente e isquemia extensa⁶. Como singularidad de nuestro paciente, destacamos que la recidiva ocurre con tratamiento médico y prueba de ergonovina negativa.

De este caso es deducible que:

- Hay que tener en cuenta el vasospasmo coronario en el diagnóstico diferencial del síncope.
- Un test de ergonovina negativo tras tratamiento médico no descarta recurrencias. Esto tiene especial relevancia en contextos de alto riesgo como el que se presenta.
- Es necesario detectar marcadores pronósticos relacionados con el riesgo de recidiva.
- Son necesarios estudios que valoren los criterios de indicación de implantación de DAI para

prevención secundaria de arritmias potencialmente letales debidas a vasospasmo coronario.

Gonzalo Guzzo-Merello^a, Claudio Romero-Tejero^a,
Francisco García-Cosío^b y Luis Martínez-Elbal^a

^aServicio de Cardiología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

^bServicio de Cardiología. Unidad de Arritmias. Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Myerburg RJ, Kessler KM, Mallon SM, Cox MM, De Marchena E, Interian AJ, et al. Life-threatening ventricular arrhythmias in patients with silent myocardial ischemia due to coronary-artery spasm. *N Engl J Med.* 1992;326:1451-5.
2. Peters RH J, Wever EFD, Hauer RNW, Robles de Medina EO. Low prevalence of coronary artery spasm in patients with normal coronary angiograms and unexplained ventricular fibrillation. *Eur Heart J.* 1998;19:1070-4.
3. García Cosío F, Goicolea A, López Gil M, Kallmeyer C, Barroso JL. Suppression of torsades de pointes with verapamil in patients with atrio-ventricular block. *Eur Heart J.* 1991;12:635-8.
4. Meisel SR, Mazur A, Chetboun I, Epshtein M, Canetti M, Gallimidi J, et al. Usefulness of implantable cardioverter-defibrillators in refractory angina pectoris complicated by ventricular fibrillation in patients with angiographically normal coronary arteries. *Am J Cardiol.* 2002;89:1114-6.
5. Chevalier P, Dacosta A, Defaye P, Chalvidan T, Bonnefoy E, Kirkorian G, et al. Arrhythmic cardiac arrest due to isolated coronary spasm: Long term outcome of seven resuscitated patients. *J Am Coll Cardiol.* 1998;31:57.
6. 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;117:141-3.