

Oclusión del tronco de la arteria coronaria izquierda con isquemia silente y síncope

Ángel Sánchez González, Juan Antonio Fournier Andray,
José Antonio Pérez Fernández-Cortacero, Mariano Ruiz Borrell y Adrián Revello

Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Servicio de Cardiología.
Hospital General Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

enfermedad coronaria/ síncope/ isquemia miocárdica/ estenosis coronaria

La oclusión completa del tronco común de la arteria coronaria izquierda tiene una mortalidad muy alta, por lo que los pocos casos descritos en vida han sido pacientes graves y muy sintomáticos. Presentamos un caso con documentación angiográfica de oclusión completa del tronco común, con electrocardiograma basal normal y sin angina, cuyo único síntoma fue un síncope. Tras una prueba de esfuerzo se evidenció isquemia grave sin angina ni arritmias. La asociación de oclusión del tronco común con isquemia silente en ausencia de fallo cardíaco no había sido descrita anteriormente.

OCCLUSION OF LEFT MAIN CORONARY ARTERY WITH SILENT ISCHAEMIA AND SYNCOPE

Mortality in the total occlusion of the left main coronary artery is very high, and the few cases who lived reported were very ill and symptomatic patients. We present a case with angiographic documentation of total occlusion of the left main coronary artery in a patient without angina and with a normal rest electrocardiogram in which a syncope was the only symptom. Severe isolated silent ischemia was induced during an exercise test. Total occlusion of the left main coronary artery associated to silent myocardial ischemia without cardiac failure has never been previously reported.

(*Rev Esp Cardiol* 1997; 50: 363-365)

INTRODUCCIÓN

La oclusión completa del tronco común de la arteria coronaria izquierda es un hallazgo angiográfico muy poco frecuente. Su prevalencia se ha cifrado entre un 0,06 y un 0,6%^{1,2}. La mayor parte de los casos han sido descritos en pacientes gravemente sintomáticos, frecuentemente en el curso de un infarto agudo de miocardio o con antecedentes del mismo²⁻⁶.

Presentamos un caso de oclusión completa del tronco común izquierdo, con isquemia silente cuyo único síntoma consistió en un síncope.

CASO CLÍNICO

Varón de 48 años, de profesión taxista, sin antecedentes personales de interés, fumador de un paquete

diario, sin otros factores de riesgo coronario conocidos. El día de su ingreso hospitalario había presentado, mientras conducía, sensación indefinida de malestar, sudación y mareo, por lo que detuvo la marcha y abandonó el vehículo. Al adoptar la posición erecta tuvo una pérdida de conciencia de la que se recuperó tras un período de tiempo impreciso, sudoroso y con vómitos. El cuadro no se acompañó de traumatismo, mordedura de lengua ni relajación de esfínteres. Tampoco tuvo en ningún momento opresión torácica, disnea ni sensación de palpitaciones. Sin ninguna secuela evidente, él mismo condujo su vehículo hasta el área de urgencias del hospital.

A su llegada estaba asintomático, su aspecto era bueno y su nivel de conciencia satisfactorio. La presión arterial era de 110/90 mmHg y el pulso era regular y lleno a 75 lat/min. La exploración no aportó ningún dato de interés. El electrocardiograma, la radiografía de tórax y la analítica (incluyendo enzimas cardíacas, glucosa, hemograma, colesterol total y triglicéridos) fueron normales. El ecocardiograma fue normal, no detectándose ninguna anomalía de la función ventricular izquierda. El Doppler sólo aportó el dato anómalo de una velocidad A > E en la curva de flujo diastólico transmitral.

Correspondencia: Dr. A. Sánchez González.
Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista.
Servicio de Cardiología.
Hospital General Universitario Virgen del Rocío.
Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla.

Recibido el 12 de julio de 1996.

Aceptado para su publicación el 28 de agosto de 1996.

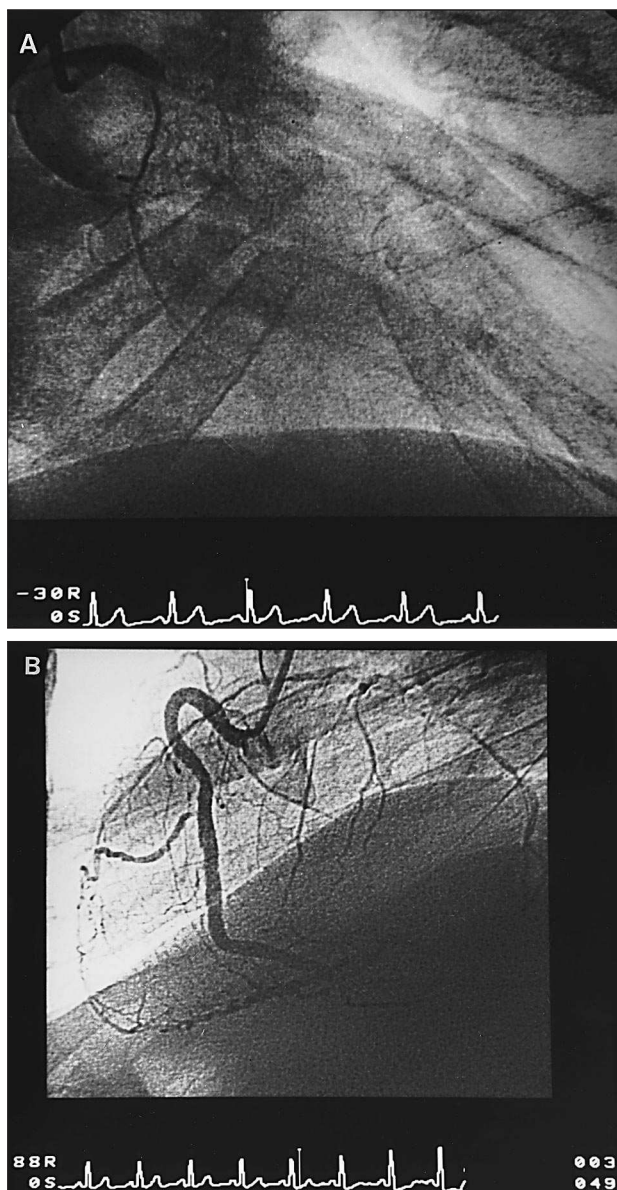


Fig. 1. a) oclusión completa del tronco de la coronaria izquierda en proyección oblicua anterior izquierda. b) inyección en la arteria coronaria derecha en proyección lateral que por circulación colateral opacifica todo el árbol coronario izquierdo.

Durante la prueba de esfuerzo sobre tapiz rodante según protocolo de Bruce, se constató una depresión progresiva del segmento ST que alcanzó en el minuto tres de ejercicio un máximo de 3,2 mm en cara inferior y lateral, acompañándose de un descenso de la presión arterial desde 130/80 a 110/60 mmHg, por lo que se detuvo la misma sin haber superado los 107 lat/min. El paciente no presentó ningún síntoma clínico asociado. Transcurridos cuatro minutos se normalizó la repolarización.

En el cateterismo cardíaco se pudo comprobar cómo el ventrículo izquierdo, de tamaño normal, tenía una función global conservada (fracción de eyec-

ción del 54%) y no presentaba ninguna anomalía segmentaria de la contracción. Se realizó una única inyección en el tronco común izquierdo, comprobándose su oclusión a la altura de la bifurcación (fig. 1a). La arteria coronaria derecha no presentaba lesiones, rellenándose desde ésta, a través de circulación colateral, todo el árbol coronario izquierdo (fig. 1b). El paciente fue remitido a la realización de intervención quirúrgica reglada en situación estable, realizándose con éxito una revascularización, con arteria mamaria a la arteria descendente anterior y con vena safena a una rama marginal obtusa de la arteria circunfleja.

DISCUSIÓN

Aunque la estenosis significativa del tronco común de la arteria coronaria izquierda puede observarse hasta en el 13% de los pacientes que son sometidos a una coronariografía diagnóstica³, la oclusión completa es un hallazgo excepcional¹⁻⁷. Su pronóstico es fatal en la mayoría de las ocasiones, por lo que es probable que los casos publicados correspondan a una selección natural de pacientes capaces de sobrevivir al menos hasta el estudio angiográfico. Cohen et al³ en una revisión, llegaron a recopilar 25 casos de infarto agudo de miocardio con oclusión completa del tronco común izquierdo, la mayoría con deterioro hemodinámico y arritmias ventriculares graves. El tratamiento con fibrinólisis fue eficaz en algún caso², pero casi siempre se efectuó cuando fue posible revascularización de urgencia mediante angioplastia o intervención quirúrgica^{3,6}. Recientemente se ha descrito un caso que fue sometido a trasplante cardíaco⁵.

Por otra parte, en la oclusión crónica del tronco de la coronaria izquierda se ha descrito algún caso con angina sin evidencia de infarto⁴, y también sin angina, aunque con insuficiencia cardíaca congestiva⁸. No obstante, nunca dejó de existir alguna forma de expresión isquémica intensa. En nuestro paciente, la ausencia de necrosis miocárdica o de insuficiencia cardíaca, la documentación de isquemia silente durante el test de esfuerzo y la existencia de un síncope como única manifestación clínica, hacen que se trate de un caso singular no observado con anterioridad.

Pese a que el síncope vasovagal benigno es con mucho la causa más frecuente de síncope en la población general⁹, en nuestro caso no se puede descartar como mecanismos del mismo la arritmia ventricular grave autolimitada, el síncope vasovagal reflejo secundario a isquemia miocárdica o el descenso del gasto cardíaco secundario a una disfunción ventricular izquierda transitoria, como sugiere la respuesta hipotensiva observada durante la isquemia inducida por el esfuerzo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zimmer SH, Rogers WJ, Bream PR, Chaitman BR, Bourassa MG, Davis KA et al. Total occlusion of left main coronary artery: the Coronary Artery Surgery Study (CASS) experience. *Am J Cardiol* 1982; 49: 2.003-2.010.
2. De Feyter PJ, Serruys PW. Thrombolysis of acute total occlusion of the left main coronary artery in evolving myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1984; 53: 1.727-1.728.
3. Cohen MC, Ferguson DW. Survival after myocardial infarction caused by acute left main coronary artery occlusion: case report and review of the literature. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1989; 16: 230-238.
4. Herregods MC, Piessens J, Vanhaecke J, Van de Werf F, Suy R, De Geest H. Complete occlusion of the main left coronary artery. A clinical study. *Acta Cardiol* 1987; 42: 23-35.
5. Abecia AC, Alegría E, Fidalgo ML, Cabañero J, Herreros J, Martínez Caro D. Oclusión completa no letal del tronco común de la coronaria izquierda. *Rev Esp Cardiol* 1993; 6: 119-121.
6. Sigwart U, Goy JJ, Finci L, Blanc M, Grbic M, Stumpe F. Mechanical emergency recanalization of the left main coronary artery. *Clin Cardiol* 1986; 9: 217-222.
7. Vliegen HW, Manger Cats V. Nineteen years survival after occlusion of the left main coronary artery by virtue of an anomalous septal branch. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1993; 29: 283-284.
8. DePace NL, Kimbiris C, Iskandrian AS, Bemis CE, Segal BL. Total occlusion of left main coronary artery without angina pectoris. *Arch Intern Med* 1983; 143: 1.064-1.065.
9. Chorro Gascó FJ, Salvador Sanz A, Losada Casares A, Martínez Mas ML. Síncope en cardiopatías (I): cardiopatía isquémica, cardiopatías congénitas, taponamiento cardíaco. En: García Civera R, Sanjuan Máñez R, Cosín Aguilar J, López Merino V, editores. *Síncope*. Barcelona: MCR, 1989; 335-340.