



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – PRESENTACIÓN DE CASOS

Neuroestimulador espinal para el tratamiento de la angina cardiaca refractaria



Beatriz Wills^a, Guillermo Monsalve^b, Diana Álvarez^b, William Amaya^b,
Jairo Moyano^b y Andrés F. Buitrago^{c,*}

^a Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

^b Hospital Universitario, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

^c Sección de Cardiología, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

Recibido el 26 de noviembre de 2014; aceptado el 2 de junio de 2015

Disponible en Internet el 29 de agosto de 2015

PALABRAS CLAVE

Angina;
Dolor;
Tratamiento;
Sistema nervioso

KEYWORDS

Angina;
Pain;
Treatment;
Nervous system

Resumen La angina refractaria es una condición clínica frecuente y debilitante en la que los síntomas persisten a pesar de la terapia médica óptima, cuando la intervención coronaria percutánea o la revascularización miocárdica es inviable o sus riesgos injustificados. La supervivencia de los pacientes con este diagnóstico es similar a la descrita para enfermedad isquémica coronaria crónica. Las opciones terapéuticas deben enfocarse en el alivio de la angina y en la mejoría de la calidad de vida. Recientemente se han propuesto varias alternativas para el tratamiento de la angina refractaria. Se reporta la experiencia de un grupo multidisciplinario en Colombia referente al implante de un neuroestimulador medular para el manejo de la angina refractaria.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Spinal neurostimulator for the treatment of refractory cardiac angina

Abstract Refractory angina (RA) is a common and debilitating clinical condition, characterized by the persistence of symptoms despite optimal medical therapy, along with unfeasible percutaneous coronary interventions or myocardial revascularization. The survival of patients with this diagnosis is similar to that of patients with chronic ischemic heart disease. Therapeutic options should focus on relieving angina and improving quality of life. Recently, several alternatives have been proposed for the treatment of RA. We describe the experience led by

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: abuitrag@uniandes.edu.co (A.F. Buitrago).

a Colombian multidisciplinary group, regarding the placement of a spinal neuro-stimulator for the management of a patient with RA.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Caso

Paciente de género masculino, de 61 años de edad, con enfermedad coronaria difusa de tres vasos, compleja, ectásica y de flujos lentos, más múltiples comorbilidades: hipertensión arterial, artritis gotosa, gastropatía por consumo de antiinflamatorios no esteroideos, insuficiencia cardíaca isquémica estadio C con función sistólica del ventrículo izquierdo límite, carcinoma de tiroides, dislipidemia, accidente cerebrovascular isquémico y antecedente de tabaquismo. Consultó al servicio de urgencias en tres ocasiones por síndrome coronario agudo, en un periodo de dos años. El estudio de la enfermedad coronaria incluyó un cateterismo cardiaco (fig. 1) que mostró: coronaria derecha calcificada y tortuosa en todo su trayecto, con múltiples placas; enfermedad difusa de la arteria descendente posterior con vaso distal de pequeño calibre y arteria posteroventricular, con lesión del 75% en su origen; calcificación en el tercio proximal y medio de la descendente anterior, con lesión del 75% en el tercio medio, más enfermedad severa difusa en el tercio medio y distal; y calcificación en el tercio proximal de la arteria circunfleja, con lesión del 100% en la arteria del surco auriculoventricular. Debido a que no cumplía los criterios para cirugía cardiovascular, se optimizó el manejo médico dirigido a la enfermedad coronaria multivaso con warfarina, colchicina, losartán, carvedilol, trimetazidina, atorvastatina, espirolactona, mononitrato de isosorbida, amlodipino, trazadona y sertralina. También continuó con rehabilitación cardíaca, a la que asistía desde el momento en que se le diagnosticó enfermedad coronaria. No era candidato a ivabradina debido a bradicardia.

A pesar del manejo farmacológico y de mantener adherencia óptima a las recomendaciones médicas, continuó el deterioro de su clase funcional, e incrementó la frecuencia de episodios de angina. Se estudiaron otras causas de dolor

torácico: enfermedad por reflujo gastroesofágico, patología de la reja costal y tromboembolia pulmonar; sin embargo, la característica del dolor (típico para angina), la respuesta parcial a los medicamentos antianginosos y los estudios correspondientes permitieron descartar dichas posibilidades.

Consultó nuevamente a urgencias por dolor torácico retroesternal, tipo opresivo, de intensidad 8/10, irradiado al dorso y a miembros superiores. Al ingreso se encontró en aceptables condiciones generales, alerta y sin signos de dificultad respiratoria; peso de 66 kg e índice de masa corporal (IMC) de 21 kg/m². La elevación de marcadores cardíacos junto con los hallazgos de electrocardiograma confirmaron infarto agudo de miocardio sin elevación del ST. Pese a que se solicitó valoración por clínica especializada en falla cardíaca y trasplante cardíaco, el paciente no estuvo de acuerdo con enrolarse en una lista de espera para trasplante. Además, debía practicarse resección quirúrgica del carcinoma tiroideo. También se realizó ergoespirometría para estratificar clase funcional y limitación para actividad física debido a isquemia: el consumo máximo de oxígeno correspondió a 12 ml/min/kg.

Debido a que la enfermedad coronaria severa no era susceptible de intervención quirúrgica o percutánea, un equipo interdisciplinario conformado por cardiología, neurocirugía y clínica de dolor de un hospital de cuarto nivel concluyó que, además de continuar con el manejo médico, el paciente se beneficiaría de la implantación de un neuroestimulador medular torácico por laminostomía. El procedimiento se practicó dos semanas posteriores al ingreso. Durante el intraoperatorio se realizó una prueba con generador de impulso no recargable para ajustar los parámetros estimulación; así mismo, se tomaron radiografías postoperatorias para confirmar la inserción correcta del mismo (fig. 2). Este constituyó el primer caso realizado en la institución,

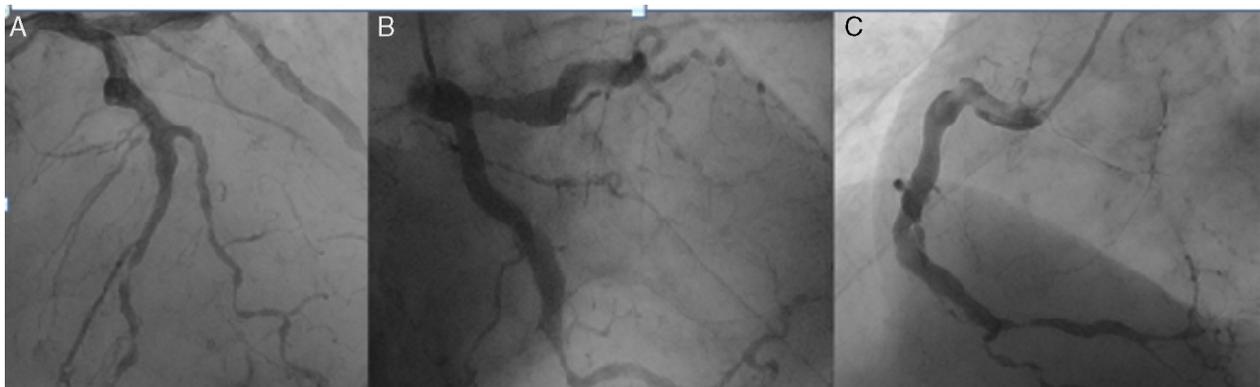


Figura 1 Cateterismo cardiaco. Enfermedad multivaso no reperfundible, ectásica y con malos lechos distales. A) Descendente anterior. B) Arteria circunfleja. C) Coronaria derecha. Ver texto.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012153>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012153>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)