

El «patrón de De Winter» puede evolucionar a síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST



The “De Winter Pattern” Can Progress to ST-segment Elevation Acute Coronary Syndrome

Sr. Editor:

Hemos leído con interés la carta de Montero-Cabezas et al¹ sobre un patrón electrocardiográfico de «oclusión de la arteria descendente anterior sin elevación de segmento ST», poco frecuente, que a nuestro juicio, y en consenso con los autores, tiene mucha importancia, ya que a menudo es diagnosticado de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCA-EST) y sufre considerable retraso terapéutico (tratamiento de reperfusión). Queremos hacer los siguientes comentarios.

En nuestra experiencia, este patrón es de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCA-EST) en evolución cuando la arteria presenta una suboclusión crítica que finalmente se ocluye y acaba sufriendo una elevación del segmento ST que

se detecta realizando muchos electrocardiogramas seriales, porque la elevación de segmento ST puede no aparecer hasta el último momento. Un caso que va a favor de esta aseveración es la secuencia de cambios observada por Dressler y Roesler² hace casi 70 años y la posibilidad de observar un «patrón de De Winter»³ tras tratamiento trombolítico en un SCA-EST (figura).

Los autores comentan que no se conocen con exactitud los mecanismos electrofisiológicos de los cambios electrocardiográficos. En este sentido, queremos comentar lo siguiente: la presencia de ondas T altas y simétricas asociadas a depresión del punto J pueden persistir durante horas, a menudo debido a un tratamiento antiagregante/antitrombótico agresivo que impide la evolución a ST elevado. Sin el mismo, y tal como se ve en el artículo original de Dressler y Roesler² de 1947, habría aparecido la imagen típica de infarto Q con ascenso del ST. Según Birnbaum et al⁴, supone un grado 1 de isquemia y es frecuente la presencia de circulación colateral o preconditionamiento isquémico (Gorgels⁵). La explicación más lógica para el patrón de onda T alta y picuda y moderada depresión del segmento ST es que hay un retraso en la repolarización en el área subendocárdica con un cambio en la forma del potencial de acción transmem-

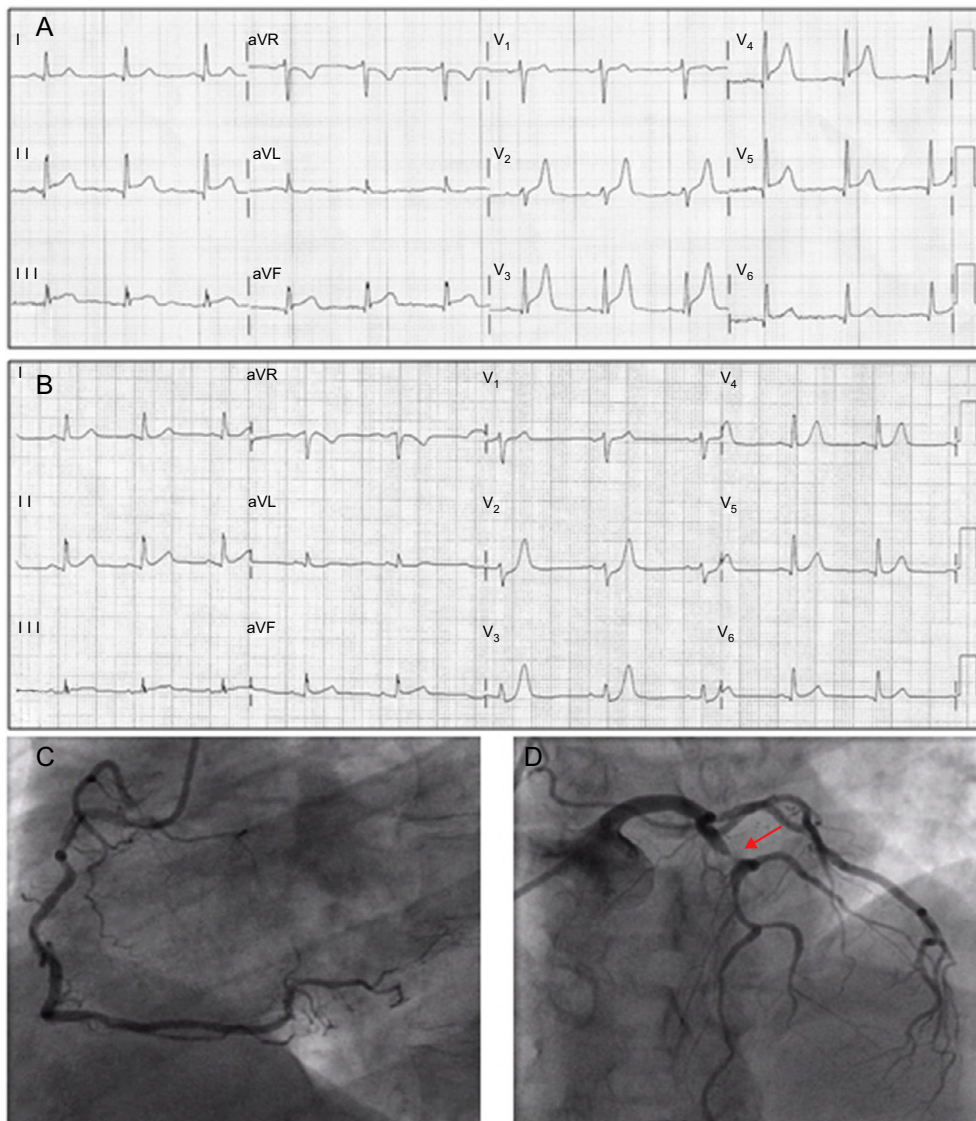


Figura. A: patrón electrocardiográfico de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST por oclusión de la descendente anterior con importante recurrente apical. B: «patrón de De Winter» en cara anterior tras tratamiento trombolítico. C: coronaria derecha sin lesiones significativas. D: suboclusión crítica de la descendente anterior.

brana (ascenso lento y de larga duración). La suma de este pequeño cambio con el potencial de acción transmembrana del subepicardio explica la depresión del punto J y la onda T alta del trazado electrocardiográfico.

El «patrón de De Winter» es uno más de los patrones de confusión en el SCACEST en evolución que los profesionales asistenciales de estos pacientes deben conocer, porque el retraso diagnóstico conlleva infartos extensos.

Miquel Fiol Sala^a, Antonio Bayés de Luna^b, Andrés Carrillo López^c y Javier García-Niebla^{d,*}

^aInstituto de Investigación Sanitaria de Palma (IdISPa), Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

^bInstitut Català de Ciències Cardiovasculars, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^cUnidad Coronaria, Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

^dServicios Sanitarios del Área de Salud de El Hierro, Centro de Salud Valle del Golfo, Frontera, Sta. Cruz de Tenerife, España

El «patrón de De Winter» puede evolucionar a síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Respuesta



The “De Winter Pattern” Can Progress to ST-segment Elevation Acute Coronary Syndrome. Response

Sr. Editor:

Agradecemos a Fiol Sala et al sus comentarios en relación con nuestra publicación¹. En su experiencia, el «patrón electrocardiográfico de De Winter» estaría justificado por una oclusión incompleta de la arteria descendente anterior que explicaría la ausencia de elevación del segmento ST. Esta aseveración contrasta con las observaciones del grupo de De Winter², que resaltan la invariabilidad del patrón electrocardiográfico desde el primer contacto médico hasta la llegada al laboratorio de hemodinámica, pues la mayoría de los pacientes (86%) tienen flujo TIMI 0 o 1 en la coronariografía. La presencia o ausencia de colaterales tampoco parece ser determinante, dado que únicamente el 28% de los casos de la misma serie presentaban colaterales (Rentrop 2-3) hacia el territorio de la arteria descendente anterior. Respecto al preconditionamiento isquémico, desconocemos qué papel tiene en ese contexto. La serie anterior no menciona la existencia de angina previa al episodio que pudiese indicar una oclusión intermitente de la arteria antes de la trombosis completa. En nuestro caso, ninguno de nuestros pacientes presentaba síntomas anginosos previos. A diferencia del caso descrito por Dressler et al³, en el que presumiblemente había oclusión completa de la arteria descendente anterior proximal pese a la ausencia de confirmación angiográfica, la perfusión coronaria impide observar la ulterior evolución del electrocardiograma. Por lo tanto, coincidimos con Fiol Sala et al en que es posible que aparezca ascenso del segmento ST en ausencia de restauración del flujo coronario.

En el caso presentado por Fiol Sala et al, la figura B no muestra la característica depresión del ST a nivel del punto J del «patrón de De

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: jniebla72@hotmail.com (J. García-Niebla).

On-line el 24 de septiembre de 2015

BIBLIOGRAFÍA

1. Montero-Cabezas JM, Frank Van-der-Kley F, Karalis I, Schalij MJ. Oclusión aguda de la arteria descendente anterior proximal con patrón electrocardiográfico inusual: no todo es ascenso del ST. Rev Esp Cardiol. 2015;68:541–3.
2. Dressler W, Roesler H. High T waves in the earliest stage of myocardial infarction. Am Heart J. 1947;34:627–45.
3. De Winter RJ, Verouden NJ, Wellens HJ, Wilde AA. A new sign of proximal LAD occlusion. N Engl J Med. 2008;359:2071–3.
4. Birnbaum Y, Sclarovsky S, Blum A, Mager A, Gabbay U. Prognostic significance of an initial electrocardiographic pattern in a first acute anterior wall myocardial infarction. Chest. 1993;103:1681.
5. Gorgels AP. Explanation for the electrocardiogram in subendocardial ischemia of the anterior wall of the left ventricle. J Electrocardiol. 2009;42:248–9.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.02.014>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.08.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.009>

Winter», por lo que entendemos que no es un ejemplo válido para ilustrar lo previamente expuesto.

Agradecemos el mecanismo fisiopatológico propuesto, que se suma a los sugeridos con anterioridad^{2,4}. Sin embargo, la característica gran extensión del infarto y la posterior evolución eléctrica tras la angioplastia indican una afección más allá del subendocardio, en contraposición con observaciones previas que relacionan el descenso del segmento ST con onda T prominente positiva con isquemia subendocárdica localizada⁴.

José M. Montero-Cabezas*, Frank van der Kley, Ioannis Karalis y Martin J. Schalij

Interventional Cardiology Unit, Department of Cardiology, Leiden University Medical Center, Leiden, Países Bajos

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: jmmmonterocabezas@gmail.com

(J.M. Montero-Cabezas).

On-line el 26 de septiembre de 2015

BIBLIOGRAFÍA

1. Montero-Cabezas JM, Frank Van-der-Kley F, Karalis I, Schalij MJ. Oclusión aguda de la arteria descendente anterior proximal con patrón electrocardiográfico inusual: no todo es ascenso del ST. Rev Esp Cardiol. 2015;68:531–43.
2. Verouden NJ, Koch KT, Peters RJ, Henriques JP, Baan J, Van der Schaaf RJ, et al. Persistent precordial “hyperacute” T-waves signify proximal left anterior descending artery occlusion. Heart. 2009;95:1701–6.
3. Dressler W, Roesler H. High T waves in the earliest stage of myocardial infarction. Am Heart J. 1947;34:627–46.
4. Verouden NJ, De Winter RJ. Persistent precordial “hyperacute” T waves signify proximal left anterior descending artery occlusion. The authors' reply Heart. 2009;95:1952–3.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.08.002>