

Angioplastia primaria en el infarto de miocardio: ¿qué es?

What is Primary Angioplasty in Myocardial Infarction?

El infarto agudo de miocardio se produce por la oclusión brusca, generalmente por un coágulo de sangre, en una de las arterias que lleva sangre al corazón (arterias coronarias).

¿CÓMO SE HACE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO?

El síntoma predominante es dolor intenso, prolongado (más de 30 minutos) y habitualmente localizado en el pecho.

Si bien es una situación seria, **es tratable**. El pronóstico, tanto de la fase aguda como a largo plazo, está relacionado con la **rapidez** con que se inicie el tratamiento. Por lo tanto, el primer mensaje que debemos transmitir es realizar **la consulta sin demoras a un centro asistencial**, donde se cuenta con los elementos para hacer el **diagnóstico** e indicar la **terapéutica**.

¿CÓMO SE HACE EL DIAGNÓSTICO ANGIOGRÁFICO?

En primer lugar se debe identificar la arteria responsable del infarto mediante una coronariografía. Esta se efectúa con un equipo de rayos X especialmente diseñado para la monitorización y el registro digital de las imágenes. Con anestesia local, se introduce un catéter (tubo plástico hueco) desde la ingle o la muñeca, e inyectando medio de contraste en las arterias coronarias se obtiene la información necesaria.

¿CÓMO SE HACE EL TRATAMIENTO?

El paso siguiente es el tratamiento. Este cubre varios aspectos, pero la prioridad es desobstruir la arteria. El modo más rápido es la angioplastia coronaria.

Desde un catéter ubicado en el origen de la arteria (catéter guía), se avanza una cuerda coronaria (con un diámetro de 0,3 mm) y se atraviesa la zona obstruida.

El coágulo tiene, al principio, una consistencia blanda (similar a la gelatina), lo que facilita el procedimiento. Esta cuerda sirve de guía por la cual se desliza el catéter balón. Este dispositivo tiene un globo en su extremo distal que, al inflarlo a alta presión, literalmente "aplasta" la placa de grasa y el coágulo contra las paredes de la arteria, desobstruyéndola.

Las arterias coronarias son estructuras elásticas que, luego de ser estiradas por el catéter balón, pueden retraerse y volver a reducir significativamente la luz de la arteria. Esto se evita colocando un soporte metálico rígido dentro de la arteria: el *stent* (Figura 1), construido en acero inoxidable o en aleaciones de cromo-cobalto. Se introduce en la arteria montado en un catéter balón con un diámetro similar a la arteria y una longitud suficiente para cubrir toda la zona donde se encuentra la obstrucción.

En ocasiones, con dependencia de ciertas características clínicas del paciente y/o del tipo y localización de la lesión a tratar, se utilizan *stents* que liberan localmente una medicación (farmacológicos) que reducen la posibilidad de una cicatrización exagerada (reestenosis). La duración del procedimiento puede variar de 30 minutos a algunas horas, según el estado del paciente y la complejidad de las lesiones a tratar.

¿A QUIÉN SE LE PUEDE REALIZAR EL PROCEDIMIENTO?

1. A todo paciente con un infarto de menos de 12 horas de evolución.
2. A los pacientes con un infarto en los que el uso de drogas que disuelven los coágulos (trombolíticos) conlleva mucho riesgo.
3. A todos los pacientes con un infarto que muestren signos de deterioro grave de la función del corazón (insuficiencia cardíaca).
4. A los pacientes con infarto en los que se sospecha que el tratamiento con trombolíticos no fue exitoso.
5. Existen evidencias de que la angioplastia puede mejorar el pronóstico en pacientes con infarto entre las 12 y las 24 horas de evolución.

CONCLUSIONES

Los resultados exitosos del tratamiento del infarto de miocardio están ligados a la **precocidad** con que se inicie la atención, por lo que es fundamental que el paciente consulte inmediatamente a un centro asistencial.

Una vez confirmado el diagnóstico y decidida la angioplastia, esta se efectúa en centros muy entrenados, dotados de medios necesarios para resolver las potenciales complicaciones del cuadro. La desobstrucción rápida de la arteria coronaria reduce el tamaño del infarto y mejora el pronóstico del paciente.

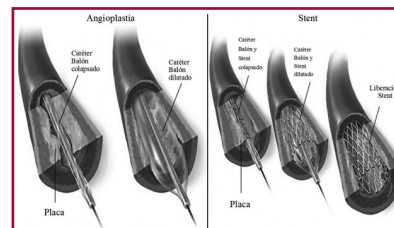


Fig. 1. Angioplastia con catéter balón y con colocación de *stent*.



Autor: Dr. Jorge Blüguermann^{MTSAC}
Nueva Clínica Cruz Azul - Mercedes -
Pcia. de Bs. As.

**Editor: Dr. Julio Manuel
Lewkowicz**^{MTSAC}
Sanatorio Güemes

CONSULTAS QUE PUEDE REALIZAR EN LA WEB

- Tajer CD, Charask A. Infarto agudo de miocardio: ¿Cuándo sospecharlo y qué hacer? *Rev Argent Cardiol* 2013;81:294.
- Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Síndromes Coronarios Agudos. *Rev Argent Cardiol* 2005;73(Supl 3):45-62.
- Álvarez JA, Migliaro G, Leiva G, Allin JG, Baglioni P, Fernández Recalde ML y cols. Angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio: predictores de eventos en el seguimiento a largo plazo. *Rev Argent Cardiol* 2014;82:381-8.
- Video angioplastia <http://www.youtube.com/watch?v=cHZSnMIZKQE>
- Video Vidant Health <http://www.youtube.com/watch?v=DF7kPAZv36U>

La información es para fines educativos y no pretende reemplazar la evaluación, el consejo, el diagnóstico o el tratamiento indicado por su médico.

La página no puede ser fotocopiada con fines comerciales, salvo que sea autorizado por la Revista Argentina de Cardiología.