

PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA

BOLETÍN No. 98

Juan Karlo Urrea Zapata MD, FACC

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo. Clínica Amiga, Clínica Castellana, Cali.

“Taxonomía de los segmentos miocárdicos con disfunción sistólica: una mirada más clara a cada definición”

TAXONOMY OF SEGMENTAL MYOCARDIAL SYSTOLIC DYSFUNCTION

Adam K. McDiarmid, Pierpaolo Pellicori, John G. Cleland, and Sven Plein. *European Heart Journal* (2017) 38, 942–954

Esta excelente revisión nos permite aclarar un poco algunos conceptos que tienen validez desde el punto de vista de clasificación y definición, pero que son utilizados de manera indiscriminada, haciendo que los resultados en algunos estudios no sean los esperados. Estos son los puntos más relevantes para tener en cuenta:

1. Aunque teóricamente mejorar el riego sanguíneo en zonas de miocardio disfuncional o viable tiene un beneficio, los resultados de múltiples estudios han fallado en demostrar la mejoría en los desenlaces después de la revascularización.
 2. Una explicación consistente sería el uso indiscriminado de la terminología “viable”, “hibernado” por ejemplo. Y se sabe que lo viable no implica hibernación o recuperación funcional, como algunas veces se ha asumido.
 3. Las técnicas no invasivas de imagen nos ofrecen algunos aspectos del miocardio: función y morfología (ECO, RMN), perfusión (PET>RMN>ECO contraste), metabolismo (PET) y caracterización tisular (RMN).
 4. La propuesta taxonómica de los segmentos miocárdicos es:

 - a. Normal
 - b. Isquémico

 - i. Isquemia reversible
 - ii. Aturdimiento
 - iii. Hibernación
 - iv. Infarto
 - c. Miopático

 5. Se define miocardio normal, como aquel tejido vital metabólicamente activo, que tiene una función contráctil normal y demuestra una reserva contráctil en respuesta al aumento de la demanda.
-

6. Se define isquemia reversible al desbalance en el aporte consumo que lleva a un cambio del metabolismo aerobio al anaerobio.
7. Miocardio aturdido se establece cuando la reserva contráctil se deprime después de un evento isquémico transitorio, antes de la recuperación completa de la función y con daño reversible del miocito. Una vez la isquemia se resuelve, la recuperación de la función es variable, y puede durar muchos días; al miocardio que no recupera inmediatamente la función contráctil se dice que queda “aturdido”.
8. Miocardio hibernado es aquel tejido viable crónicamente isquémico que recupera la función sistólica después de la revascularización. Se acepta que, aunque por imágenes se puede observar hipocinesia o acinesia de estos segmentos, en general un grosor diastólico de la pared > 6mm (RMN) o > 7mm (ECO) predice una recuperación postrevascularización.
9. Se habla de hibernación en presencia de infarto no transmural cuando el compromiso miocárdico tiene una extensión sobre la pared menor al 50% y recupera parcialmente su función después de la revascularización.
10. Se habla de infarto de miocardio cuando la isquemia persistente lleva a necrosis del miocito, con el subsecuente remodelado y fibrosis (ver 3ra definición de infarto de Thygesen).
11. El miocardio miopático es aquel tejido disfuncional de origen no isquémico.

El artículo tiene una revisión extensa de la histología y las técnicas de imagen que permiten una aproximación mayor al entendimiento de cada entidad.

Como punto aún por resolver (opinión personal), es establecer la caracterización tisular de los pacientes con hipocinesia de segmentos adyacentes postrevascularización después de 3 meses y sin adelgazamiento de la pared, considerado por algunos autores como un INFARTO NO TRANSMURAL, a diferencia de segmentos hipocinéticos en pacientes con síntomas atípicos, o angina o infarto reciente (sin revascularización completa) que pueden estar en relación más a un miocardio aturdido (temprano post isquemia) o hibernado (crónicamente).

¡Una excelente revisión!

Referencia:

[doi:10.1093/eurheartj/ehw140](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw140)

EDITOR

Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FACC

Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali
Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá
Fellow American College of Cardiology
Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
Profesor universitario, Universidad Libre, Universidad del Valle, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.
Master Universitario en proceso, Avances en Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, Grupo Menarini, Universidad Católica San Antonio, España.
Subinvestigador TIMI Study Group, Harvard Medical School, Boston, Mass.
Par Académico, Universidad Nacional de Colombia.
Editor Asociado, PLM América Latina.
International Instructor Network, American Heart Association, USA.
Instructor Internacional avalado, Operation Smile, Centro de Entrenamiento Salamandra, AHA en BLS-ACLS, ACLS-EP.
Unidad de Cardiología y Diagnóstico No Invasivo, Clínica Amiga, Cali, Colombia.
Director Científico, Clínica Castellana, Cali, Colombia