

Muerte súbita abortada en el patio de prisión

Sudden death aborted in a prison yard

William F. Bautista-Vargas* y José C. Tinageros-Quiroga

Servicio de Hemodinamia, Hospital Departamental Universitario Santa Sofía, Manizales, Colombia

Paciente de 33 años, convicto, con antecedente de herida por arma corto-punzante en región precordial y herida por arma de fuego en tórax, intervenida mediante cirugía, de la cual no se tenía descripción. Presentó un episodio de paro cardiorrespiratorio con ritmo de taquicardia ventricular sin pulso, mientras deambulaba en el patio de la prisión. Fue admitido en el servicio de emergencias del hospital, posterior a reanimación de 15 minutos. Un electrocardiograma mostró infarto con supradesnivel del segmento ST, el cual sugirió oclusión de la arteria descendente anterior, distal a la primera septal y proximal a la primera diagonal (Fig. 1). Fue trasladado a la sala de hemodinamia, en donde se comprobó la obstrucción de la arteria descendente anterior con intento fallido de angioplastia, incluso con guías angiográficas usadas en casos de oclusión crónica. Se documentó un trayecto de la arteria en zigzag, sin paso de las guías de angiografía (Fig. 1). Tuvo mejoría del estado hemodinámico y no presentó secuelas neurológicas incapacitantes; la función ventricular izquierda fue del 45%. Fue llevado a revascularización coronaria de un vaso por vía abierta, en la que se halló material quirúrgico sobre la arteria descendente anterior (sutura). La evolución posoperatoria fue adecuada y no se observaron secuelas neurológicas motrices, por lo cual fue dado de alta y retornado a su centro penitenciario.

Discusión

La muerte súbita en individuos aparentemente sanos puede ser la primera manifestación de una enfermedad

genética cardíaca; en individuos jóvenes, menores de 35 años, las canalopatías son la causa más frecuente¹. En Suecia, la prevalencia de muerte súbita en individuos de 1 a 35 años de edad es de 1.3 por 100,000 habitantes; el 48% de los episodios de muerte súbita reportados ocurrieron durante la actividad diaria cotidiana, el 38% durante el sueño y el 14% durante la actividad física². En un estudio retrospectivo de personal aéreo canadiense se reportó el 35% de los episodios de muerte súbita el día lunes³.

Por otro lado, existe un aumento de la incidencia de muerte súbita alrededor de los 35 años de edad, que parece corresponder con el aumento de la incidencia de enfermedad coronaria, y el 50% de los episodios en pacientes con enfermedad coronaria representan la primera manifestación⁴.

La muerte súbita es más frecuente en los hombres, de raza afroamericana y con familiares en primer grado de personas con muerte súbita⁴.

Si bien la causa de defunción en pacientes con muerte súbita es un diagnóstico de probabilidades y no de certezas², se consideran grupos de alto riesgo aquellos pacientes con disfunción ventricular, arritmias ventriculares, miocardiopatía hipertrófica —especialmente hombres jóvenes durante la actividad deportiva—¹, síndrome de QT largo y síndrome de Brugada, entre otras condiciones específicas⁴.

Se han reportado malformaciones congénitas de las arterias coronarias hasta en el 1.2% de la población general, así como alteraciones específicas en cuanto a la morfología del *ostium* de las arterias coronarias:

Correspondencia:

*William F. Bautista-Vargas

E-mail: williambautista679@gmail.com

Fecha de recepción: 10-08-2020

Fecha de aceptación: 22-09-2020

DOI: 10.24875/RCCAR.M22000127

Disponible en internet: 22-02-2022

Rev Colomb Cardiol. 2022;29(1):115-116

www.rccardiologia.com

0120-5633 / © 2020 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

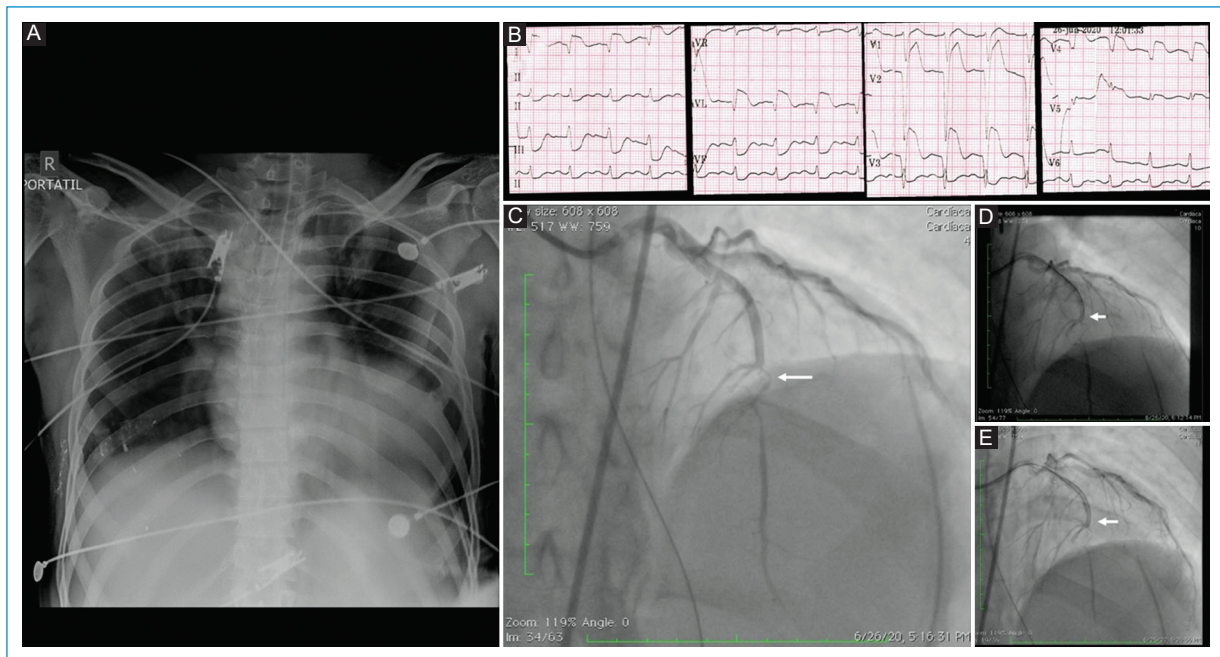


Figura 1. **A:** radiografía de tórax portátil en la que se observan proyectiles antiguos en la base del tórax, además del tubo orotraqueal. **B:** electrocardiograma de 12 derivadas en ritmo sinusal con supradesnivel del segmento ST en las derivaciones V1-V5, DI y aVL. **C:** imagen angiográfica de la arteria descendente anterior con recorrido en zigzag. **D-E:** uso de guía angiográfica con paso fallido a través de la obstrucción coronaria.

angulado, en forma de repisa o incluso ojal como causa^{5,6}.

Finalmente, las causas de muerte súbita relacionadas con procedimientos quirúrgicos, como el reportado, son poco frecuentes y no han sido documentadas en la literatura.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la

Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Finocchiaro G, Papadakis M, Sharma S, Sheppard MN. Sudden cardiac death: clinical characteristics and circumstances of sudden cardiac death in hypertrophic cardiomyopathy. *Eur Heart J.* 2017;38:1280-2.
2. Wisten A, Krantz P, Stattin EL. Sudden cardiac death among the young in Sweden from 2000 to 2010: an autopsy-based study. *Europace.* 2017;19:1327-34.
3. McClain AD, Otten JJ. Sudden unexpected cardiac death on Monday in younger and older men: the MANITOBA follow-up study. *Diabetes Obes Metab.* 2013;15:87-90.
4. Jazayeri MA, Emert MP. Sudden cardiac death: who is at risk? *Med Clin North Am.* 2019;103:913-30.
5. Monroe DJ, Meehan JT, Schandl CA. Sudden cardiac death in a young man with migraine-associated arrhythmia. *J Forensic Sci.* 2015;60:1633-6.
6. Joshi SD, Joshi SS, Athavale SA. Origins of the coronary arteries and their significance. *Clinics.* 2010;65:79-84.