

Un desafío clínico: disección coronaria

Dres. Ana Laura Fajardo¹, Pablo Díaz, FACC²

Palabras clave: SÍNDROME CORONARIO AGUDO
DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA
INFORMES DE CASO

Key words: ACUTE CORONARY SYNDROME
SPONTANEOUS CORONARY ARTERY
DISSECTION
CASE REPORTS

Introducción

La disección coronaria espontánea es una rara causa de isquemia miocárdica. Pese a esto se ha descrito como la enfermedad coronaria no aterosclerótica más frecuente, por lo cual es fundamental su diagnóstico y reconocimiento en forma temprana.

Presentamos el caso de una paciente joven con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST debido a disección coronaria espontánea. A continuación se realiza una breve revisión de los aspectos más relevantes de esta patología.

Caso clínico

Paciente procedente de la ciudad de Minas, de sexo femenino, 36 años, sin factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (FRCV). Comienza, a la hora 12 y 30 del día de ingreso, con dolor retroesternal opresivo e intenso acompañado de sensación nauseosa. Hora 12 y 50, consulta en emergencia del centro departamental.

Del examen físico al ingreso se destaca: paciente lúcida, eupneica, nauseosa, piel y mucosas normocoloreadas. Presión arterial (PA) 130/80 mmHg. Sin elementos a destacar en el examen pleuropulmonar y cardiovascular.

Se realiza electrocardiograma (ECG) (figura 1) que muestra injuria subepicárdica de sectores lateral y posterior. No se realizan derivadas posteriores.

Se inicia tratamiento médico en base a ácido acetilsalicílico (AAS), clopidogrel en dosis carga y NTG intravenoso, con persistencia del dolor y de las alteraciones en el ECG. Se inicia estreptoquinasa intravenosa 1.500.000 unidades a los 90 minutos del inicio del dolor. No presenta criterios de reperfusión clínicos ni electrocardiográficos.

Se envía a centro de hemodinamia de Montevideo, donde arriba ocho horas luego de iniciado el cuadro clínico, con persistencia de los síntomas y de las alteraciones en el ECG. Se realiza coronariografía por acceso radial que muestra disección coronaria espontánea de arteria circunfleja dominante y de primer ramo marginal, con estenosis críticas de ambos vasos (figura 2).

Se realiza angioplastia de arteria circunfleja y primer ramo marginal con stent Promus Premier 3,5 por 28 mm y stent Promus Premier 2,5 por 16 mm, respectivamente, con buen resultado angiográfico (figura 3), alivio del dolor y normalización del ECG (figura 4).

Presenta buena evolución clínica posterior. Se otorga el alta a los cinco días con tratamiento antiplaquetario con AAS y clopidogrel.

Discusión

La disección coronaria es una entidad muy poco frecuente como causa de isquemia coronaria.

Fue descrita por primera vez en 1931 en una paciente joven con muerte súbita. Desde entonces han sido reportados en la literatura alrededor de 800 casos.

Se describe como causa de 0,1% a 4% de los síndromes coronarios agudos y como causa de 0,4% de las muertes súbitas. La incidencia angiográfica reportada varía entre 0,04% a 0,2%. Su incidencia real es probablemente subestimada.

La disección coronaria se define como la separación entre las capas de la pared arterial (la íntima y la media, o más frecuentemente entre la media y la adventicia) por hemorragia intramural, creando una falsa luz. Esta hemorragia intramural puede producirse a partir de un desgarro en la íntima o de

1. Asistente de Cardiología, UDELAR. Médico del Servicio de Hemodinamia de ICI-MUCAM.

2. Jefe del Servicio de Hemodinamia de ICI-MUCAM.

Correspondencia: Ana Laura Fajardo. Correo electrónico: analaurafajardo@hotmail.com



Figura 1. Electrocardiograma al ingreso. Descripción en el texto



Figura 2. Disección coronaria espontánea de arteria circunfleja y primer ramo marginal

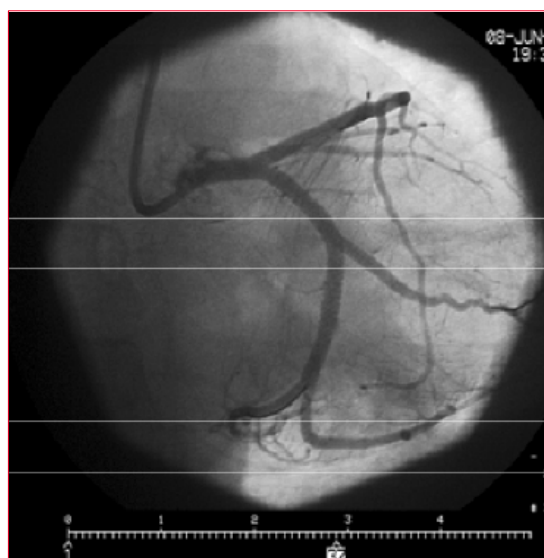


Figura 3. Resultado final de angioplastia de arteria circunfleja y primer ramo marginal

una hemorragia de *vasa vasorum* de la pared arterial.

El hematoma intramural resultante comprime la luz arterial verdadera y dificulta el flujo anterógrado, determinando isquemia miocárdica. Dentro de las disecciones coronarias espontáneas se excluyen las debidas a causas iatrogénicas (cateterismo, angioplastia o cirugía cardíaca) o traumáticas.

Ocurre más a menudo en pacientes jóvenes (edad promedio 35 a 40 años, mayoritariamente en mujeres, 80% en promedio). A su vez se presenta más frecuentemente durante el embarazo y el puerperio inmediato (25% a 30% de los casos). Esta asociación se cree que es debida a los cambios hormonales sobre la pared coronaria y cambios del flujo sanguíneo que aumentan el *shear stress* sobre la pared arterial⁽¹⁻⁷⁾.



Figura 4. Electrocardiograma pos ATC inmediato y a las 24 horas

Son también factores de riesgo el síndrome de Ehler-Dahnlos, el síndrome de Marfan, el síndrome hipereosinofílico, vasculitis por hipersensibilidad y lupus eritematoso sistémico. En el estudio de Saw y colaboradores⁽⁸⁾, la mayoría de los pacientes portadores de disección coronaria asociaban displasia fibromuscular, por lo cual los autores plantean el *screening* rutinario de esta patología.

Se ha asociado también con el uso de anticonceptivos orales, el ejercicio extenuante y con estrés hemodinámico importante (por ejemplo, consumo de cocaína)⁽¹⁻⁷⁾.

El tratamiento es controversial y depende de la localización, extensión y situación clínica del enfermo. El tratamiento trombolítico no es de elección, pero ha sido utilizado para el manejo de la disección en la suposición de que puede lisar el trombo extraluminal y permitir así reexpandirse a la luz verdadera. Sin embargo, otros autores reportan extensión de la disección luego de la terapia trombolítica, induciendo sangrado hacia la pared disecada^(3,6).

Por lo tanto no se recomienda administrar trombolíticos en pacientes con disección coronaria, para evitar la posibilidad de extensión de la disección.

Todos los pacientes con sospecha de disección deben ser en lo posible rápidamente referidos a coronariografía diagnóstica.

En el momento actual se recomienda –una vez hecho el diagnóstico por angiografía– tratamiento conservador en aquellos pacientes estables, ya que

la mayoría de las disecciones cicatrizan espontáneamente. La angioplastia se reserva para aquellos pacientes con isquemia en curso, elevación del segmento ST o inestabilidad hemodinámica. No está exenta de dificultades o complicaciones, como la imposibilidad de avanzar la guía en la luz verdadera, propagación anterógrada o retrógrada de la disección, extensión distal a pequeñas arterias, mala posición del stent luego de la reabsorción del hematoma. Actualmente se dispone de ecografía intracoronaria (IVUS) y tomografía de coherencia óptica (OCT), que ayudan tanto al diagnóstico como al tratamiento con buenos resultados.

Se sugiere cirugía de revascularización miocárdica en disecciones de múltiples vasos, disecciones extensas con isquemia en curso o compromiso de tronco de la coronaria izquierda.

Con respecto al tratamiento médico a largo plazo, en esta paciente se realizó tratamiento antiplaquetario en base a AAS y clopidogrel, que tiene su indicación dada la implantación de stent.

No se realizó tratamiento con betabloqueantes ni inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, dada la ausencia de evidencia en la disección coronaria específicamente. Se asume su beneficio por defecto como en todo síndrome coronario agudo. Con respecto a las estatinas, en una gran serie retrospectiva se asociaron con recurrencia de la disección, aunque los autores discuten la validez de esta asunción y refieren que se necesita más evidencia para realizar esta afirmación en forma definitiva⁽¹⁰⁾.

Se recomienda el seguimiento prolongado de los pacientes. En la serie de Tweet y colaboradores, la más grande y recientemente publicada, se observó recurrencia de la disección en 17% de los pacientes a los dos años de seguimiento. La recurrencia fue en su mayor parte en arterias coronarias no afectadas previamente⁽¹⁰⁾.

Conclusiones

La disección coronaria espontánea es una causa poco frecuente de síndrome coronario agudo, pero debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular, más aún en mujeres durante el embarazo y puerperio inmediato. El tratamiento médico o intervencionista debe ser dictado por la clínica, localización y extensión de la disección.

Bibliografía

1. **Basso C, Morgagni Gian, Thiene G.** Spontaneous coronary artery dissection: a neglected cause of acute myocardial ischemia and sudden death. *Heart* 1996;75(5): 451-4
2. **Asrres KN, Banning AP, Mitchell ARJ.** Spontaneous coronary dissection *BMJ Case Reports* 2010. pii: bcr0620080221. doi: 10.1136/bcr.06.2008.0221
3. **Ramirez Moreno A, Cardenal Píriz R, Guzmán Herrera M, Lozano Cabezas C, Pola D, Pagola Vialardebó C.** Disección espontánea del tronco coronario izquierdo tratada mediante implantación de múltiples stents. *Rev Esp Cardiol* 2003;56(4):417-20.
4. **Butler R, Webster MW, Davies G, Kerr A, Bass N, Armstrong G, et al.** Spontaneous dissection of native coronary arteries. *Heart* 2005;91(2):223-4.
5. **Sadat, Taherkhani M, Safi M, Vakili H, Namazi MH, Poorhoseini HR, et al.** Percutaneous treatment of spontaneous left main coronary artery dissection extending to the left anterior descending and circumflex arteries possibly triggered by thrombolytic therapy. *Int J Angiol* 2009;18(3):151-4.
6. **Buys EM, Suttorp MJ, Morhsuis WJ, Plokker HW.** Extension of a spontaneous coronary artery dissection due to thrombolytic therapy. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1994;33(2): 157-60.
7. **Sheikh A, O'Sullivan M.** Pregnancy-related spontaneous coronary artery dissection: two case reports and a comprehensive review of literature. *Heart Views* 2012;13(2): 53-65.
8. **Saw J, Ricci D, Starovoytov A, Fox R, Buller CE.** Spontaneous coronary artery dissection: prevalence of predisposing conditions including fibromuscular dysplasia in a tertiary center cohort. *JACC Cardiovasc Interv* 2013;6(1):44-52
9. **Paulo M, Sandoval J, Lennie V, Dutary J, Medina M, Gonzalo N, et al.** Combined use of OCT and IVUS in spontaneous coronary artery dissection. *JACC Cardiovasc Imaging* 2013;6(7):830-2.
10. **Tweet MS, Hayes SN, Pitta SR, Simari RD, Lerman A, Lennon RJ, et al.** Clinical features, management, and prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Circulation* 2012;126 (5):579-8.