

## 42. Shock cardiogénico secundario a espasmo coronario difuso en el posoperatorio de cirugía de revascularización miocárdica

Pablo Straneo<sup>1</sup>  
Alejandro Pérez<sup>1</sup>  
Andrés Tuzman<sup>1</sup>  
Natalia Lluberas<sup>1</sup>  
Álvaro Rivara<sup>1</sup>  
Leandro Cura<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiocentro AESM

### Resumen

**Historia clínica:** hombre, 69 años. Ex fumador, dislipémico, hipertenso. Asintomático en lo CV. Control cardiológico con estudio funcional, MIBI-PEG, positivo para isquemia por criterio de ST con isquemia moderada-severa inducida por esfuerzo, en región inferior y anteroseptoapical. Se realiza CACG que evidencia: lesión suboclusiva de TCI distal. Resto de árbol coronario sin lesiones. Examen físico: lúcido, CV: RR, 60 cpm, no soplos. PP: MAV positivo bilateral. MMII: no edemas.

**Pruebas complementarias:** ECG, ritmo sinusal 60 cpm, onda p-pr normal. QRS desviado a izquierda. Onda T normal. Ecocardiograma preoperatorio normal, eco de vasos de cuello sin lesiones significativas. Hb 14 g/dl. Creatininemia 0,69 mg/dl. Crisis normal. Glicemia 1,19 g/l.

**Evolución clínica:** se realizó CRM. Cirugía con circulación extracorpórea, con campeo aórtico y paro cardíaco. Se realizó bypass con arteria mamaria izquierda interna a ADA, bypass venoso aorto-marginal. Se midieron flujos y PI con sistema medistim, siendo estos de excelente calidad, procedimiento sin complicaciones. En el posoperatorio inmediato presenta shock cardiogénico con ECG que evidencia FA e IAM inferior con elevación de ST, requiriendo altas dosis de drogas inotrópicas y balón intraaórtico de contrapulso. Dada inestabilidad hemodinámica, y la ineficacia del tratamiento instituido, se decide revaloración coronaria mediante CACG de urgencia, que evidencia espasmo coronario difuso a predominio de coronaria derecha, tratado con nitritos intracoronario, renivelando el segmento ST. Excelente evolución inmediata, se retiran inotrópicos y balón precozmente, se extuba a las 12 h. Alta hospitalaria a los 6 días. ETT posoperatorio: FEVI 55%, disquinesia septal, sin otras alteraciones de la motilidad sectorial. ECG: ritmo sinusal, alteraciones inespecíficas de la repolarización.

**Diagnóstico:** shock cardiogénico posoperatorio. IAM inferior. Espasmo coronario difuso.

**Discusión:** el espasmo coronario posoperatorio es una entidad infrecuente de difícil diagnóstico. Se identifica como diagnóstico diferencial a falla ventricular y a IAM secundario a oclusión aguda de un bypass o arteria coronaria nativa como causas de shock cardiogénico. Su etiología es discutida, entendiéndose como multifactorial, asociada al sexo masculino mayoritariamente, al uso de drogas inotrópicas, a la hipotermia y a pacientes añosos. Su identificación y tratamiento precoz, guiados por el cuadro clínico y hallazgos paraclínicos, son fundamentales para disminuir la morbimortalidad asociada a esta entidad.