

DOI: 10.26445/05.02.5

CASO CLINICO

Dissección coronaria espontánea: Reporte de un caso

Spontaneous coronary artery dissection: Report of one case

Dissecção coronariana espontânea: Relatório de um caso

Mariana Cruz Dos Santos

ORCID: 0000-0001-7465-4072

Residente Medicina Interna. UdelaR.

Mariana Mieres Rodriguez

ORCID: 0000-0002-2331-1957

Internista. Ex Asistente Clínica
Médica. UdelaR.

Maria Noel Garcia

ORCID: 0000-0002-0786-3568

Residente Medicina Interna. UdelaR.

Mercedes Perendones

ORCID: 0000-0002-3846-2396

Internista. Hepatóloga. Profesora
Agregada Clínica Médica. UdelaR.

Resumen: La dissección coronaria espontánea es una causa infrecuente de síndrome coronario agudo, representando 1-4 % de los síndrome coronario agudo. Entidad clínica muy infrecuente, constituyendo un desafío para el equipo de salud, su diagnóstico y tratamiento. Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino 52 años que debuta con clínica de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. La cineangiografía evidenció dissección espontánea del ramo posterolateral de la arteria circunfleja donde se planteó tratamiento médico conservador.

Palabras claves: dissección coronaria espontánea

Abstract: Spontaneous coronary dissection is a rare cause of acute coronary syndrome, accounting for 1-4% of acute coronary syndrome. Very rare clinical entity, constituting a challenge for the health team, its diagnosis and treatment. The case of a 52-year-old female patient who debuts with acute coronary syndrome clinic without ST elevation. The cineangiography showed spontaneous dissects the posterolateral bouquet of the circumflex artery where conservative medical treatment was planned

Key words: spontaneous coronary dissection

Resumo: A disseção coronariana espontânea é uma causa rara de síndrome coronariana aguda, representando 1-4% da síndrome coronariana aguda. Entidade clínica muito rara, constituindo um desafio para a equipe de saúde, seus diagnóstico e tratamento. O caso de uma paciente de 52 anos que estreia na clínica síndrome coronariana aguda sem elevação de ST. A cineangiografia apresentou dissecação espontânea do ramo posterolateral da artéria circunflexa onde foi proposto tratamento médico conservador.

Palavras-chave: disseção coronariana espontânea

Recibido: 02/03/2020 **Aceptado:** 10/05/2020

Clínica Médica "2" Hospital Pasteur. Facultad de Medicina. Universidad de la República (UdelaR). Montevideo, Uruguay.

Correspondencia: **E-mail:** marianacruz092@gmail.com

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte. Está relacionada más comúnmente con la aterosclerosis, pero las anomalías congénitas de las arterias coronarias, las arteritis coronarias asociadas a las vasculitis sistémicas, la displasia fibromuscular y la disección coronaria espontánea son otras etiologías a considerar ⁽¹⁾.

La disección coronaria espontánea (DCE) se define como la separación de las capas de la pared arterial coronaria, secundaria a una hemorragia intramural no traumática ⁽²⁾, con formación de dos luces. Estas luces pueden estar comunicadas entre sí (luz verdadera y luz falsa) o no (hematoma intramural) ^(3,4).

La disección coronaria asociada a una complicación de placa aterosclerótica o iatrogenia vascular no se incluyen en la definición actual de DCE ^(3,5).

La verdadera prevalencia de esta enfermedad es desconocida debido al subdiagnóstico, pero ha sido reportado desde 1 al 4% de los pacientes con un síndrome coronario agudo (SCA) ⁽³⁾. En nuestro país la incidencia es desconocida, principalmente por la falta de disponibilidad de imagenología intracoronaria en todos los centros ⁽²⁾.

Su presentación clínica varía desde la angina inestable a la muerte súbita. Su etiología es multifactorial, constituyendo su diagnóstico y tratamiento un desafío en la práctica clínica.

Se presenta el caso de una paciente que debuta con un síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación del segmento ST.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, procedente de Montevideo, 52 años, con antecedentes personales de Leucemia Mieloide Crónica diagnosticada a los 32 años que recibió trasplante heterólogo de progenitores hematopoyéticos, actualmente en remisión.

Sin factores de riesgo cardiovasculares.

Consultó en emergencia por dolor torácico opresivo, retroesternal, que apareció a mínimos esfuerzos y se irradió a miembro superior izquierdo, acompañado de palpitaciones, de dos horas de evolución que cede con nitratos sublinguales. Negaba la presencia de disnea, náuseas, vómitos.

Al examen físico se presentaba lucida. Normopeso. Piel y mucosas normocoloreadas. A nivel cardiovascular se constata un ritmo regular de 68 cpm, con ruidos cardíacos normofonéticos, silencios libres. Presión arterial 140/90 mmHg. Pulsos estaban presentes en todos los territorios periféricos, siendo simétricos y sincrónicos con el central. No presentaba edemas de miembros inferiores, ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular. A nivel pleuropulmonar el murmullo alveolo-capilar estaba presente en forma bilateral, no presentaba estertores. No presentaba otras alteraciones a destacar.

Con planteo de angor prolongado, se realiza electrocardiograma (ECG) que mostraba ritmo sinusal de 70 cpm, PR 0,20 seg, sin elementos de isquemia aguda.

Radiografía de tórax normal. Troponinas en dos oportunidades separadas 4 horas son de 708 ng/mL y 820 ng/mL respectivamente (valor normal 0-14 ng/ml).

El hemograma, glicemia, azoemia, creatininemia, ionograma, crisis, lipidograma y hepatograma eran normales.

Con planteo de SCA sin elevación segmento ST, se inicia tratamiento médico anti isquémico con nitratos, aspirina, clopidogrel, heparinas de bajo peso molecular, atorvastatina y se solicita cineangocoronariografía de urgencia.

La misma informaba disección coronaria espontánea del ramo posterolateral de la arteria circunfleja. Resto del árbol coronario sin lesiones.

La paciente presenta buena evolución clínica, sin angor, sin falla cardíaca. Se otorga alta hospitalaria con AAS y bisoprolol.

Discusión

La DCE fue descrita por primera vez en 1931 como hallazgo de una autopsia, desde entonces se han descrito 900 casos ^(1,5).

Su etiología y fisiopatología siguen sin estar aclarados. Se cree que factores hormonales, el estrés cardiocirculatorio y el aumento de la tensión de cizallamiento, asociados con factores relacionados con el debilitamiento de la pared vascular, propician la ruptura ⁽¹⁾.

Se reconocen como factores de riesgo ^(1,3,6,7) : sexo femenino (constituyendo sub grupos particulares de riesgo la mujer en edad fértil, el embarazo y el posparto), displasia fibromuscular, enfermedades del tejido conectivo (como la enfermedad de Marfan y el síndrome de Ehlers Danlos), vasculitis, enfermedad de Rendú-Osler, lupus eritematosos sistémico, sacoidosis y consumo de cocaína.

En la serie nacional de Mila y cols, se reconocen como enfermedades predisponentes, el embarazo y la inflamación aguda o crónica ⁽²⁾.

En nuestra paciente no se reconoce ningún factor de riesgo, a excepción del sexo femenino. Se sabe que el 80 % de los casos de DCE ocurren en mujeres ⁽⁶⁾.

La forma clínica de presentación más frecuente es el síndrome coronario inestable, un 80% de los pacientes presentan infarto agudo de miocardio (la mitad de ellos con supradesnivel del segmento ST) y 12% con angina inestable ⁽¹⁾.

La elevación de los biomarcadores es un hecho constante, existen reportes de serie, que al igual que la nacional encontró elevación de troponinas en todos los casos ⁽²⁾.

Al igual que los datos reportados en la literatura nuestra paciente se presenta como un SCA sin elevación del segmento ST, diagnóstico realizado por la presencia de angor prolongado con curva de troponinas elevadas. No presentaba elementos de complicación eléctrica o mecánica (falla cardíaca).

El diagnóstico de DCE se establece en la mayoría de los pacientes, al realizar la cineangiografía, si bien debería de ser sospechado ante todo evento coronario agudo en mujeres jóvenes sin factores de riesgo vascular.

Existen criterios angiográficos diagnósticos bien establecidos, entre los que se encuentran la ausencia de evento iatrogénico y de aterosclerosis, con cambios típicos en la capa íntima ^(8,9).

La disección coronaria ocurre por 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, que comprime la verdadera y determina

la isquemia miocárdica ^(4,5,7). Esta hemorragia intramural puede producirse a partir de un desgarro en la íntima.

Respecto a la localización, la arteria descendente anterior (ADA) es la que suele disecarse con mayor frecuencia, le sigue la arteria coronaria derecha (ACD), y es muy infrecuente el compromiso de arteria circunfleja (ACx) ^(1,7). La disección de múltiples vasos se produce en aproximadamente el 20% de los casos ⁽¹⁾.

En nuestro caso, la angiografía permitió confirmar la DCE – al descartar causas iatrogénicas o traumáticas que expliquen la disección. Asimismo no se demuestra lesiones ateroscleróticas de las arterias coronarias. La arteria comprometida no es la más frecuentemente involucrada.

El tratamiento varía desde medidas conservadoras, a la revascularización percutánea o quirúrgica. Si bien no existe un protocolo único para el tratamiento de esta entidad, incluso con controversias entre distintos autores, se debe ajustar el mismo a la situación clínica de cada paciente. La conducta depende de diversos factores como son: el número de vasos afectados, si está afectado el tronco común de la coronaria izquierda, el flujo coronario distal y la estabilidad clínica ⁽⁷⁾.

En los inicios, se tendía a tratar de la misma forma que la complicación de la placa aterosclerótica, es decir, realizando revascularización percutánea. Actualmente se considera que el tratamiento debe ser conservador ^(1,3,9,10). En la serie nacional 11/13 casos fue tratada de esta forma, con buena evolución ⁽²⁾.

La terapia de revascularización cardiaca se recomienda para aquellos pacientes con inestabilidad hemodinámica, eléctrica y angina refractara ^(7,11).

Existe muy poca información sobre el uso de cirugía de bypass, siendo habitualmente de rescate cuando la angioplastia no es factible ⁽¹¹⁾.

En tratamiento farmacológico es controversial. No existe consenso hasta el momento sobre el uso de antiplaquetarios. Muchos proponen terapia dual de corto plazo, mientras que otros proponen la monoterapia solo con aspirina por lo menos un año ^(3,5,12). Los betabloqueantes solo deben considerarse en pacientes que tienen disfunción del ventrículo izquierdo, arritmias o presentan hipertensión arterial ⁽⁹⁾; aunque hay expertos que recomiendan usarlos de rutina extrapolando los beneficios de la patología vascular aterosclerótica ⁽⁹⁾. El uso de estatinas es también fuente de discusión. Inicialmente se planteaba que tenían un efecto beneficioso en disminuir la recurrencia de DEC, sin embargo estudios recientes no demuestran tal beneficio ⁽⁹⁾. Actualmente sólo se recomienda su uso para la prevención primaria de aterosclerosis, y para aquellos pacientes que ya la presentan o son diabéticos ^(3,5,12,13).

En nuestro caso se realizó tratamiento con aspirina y bisoprolol, hecho que tras la revisión de la literatura se suspendió este último. No se realizaron estatinas dado que no cumplía con las recomendaciones para su uso.

Luego de la etapa aguda, el pronóstico de la disección coronaria espontánea es bueno, con una supervivencia mayor al 95% en los próximos 5 años. Es una entidad que está asociada a una alta tasa de recurrencia ⁽¹⁴⁾. La recurrencia a los 10 años se produce en un tercio de los pacientes ⁽¹⁾. En la serie nacional no se registraron recurrencias o eventos cardiovasculares adversos ⁽²⁾.

Conclusiones

Estamos ante una entidad clínica muy infrecuente, constituyendo un desafío para el equipo de salud, su diagnóstico y tratamiento.

Debe plantearse como diagnóstico diferencial en SCA que se presentan en pacientes mujeres, sobre todo jóvenes, sin factores de riesgo cardiovasculares, como fue el caso de esta paciente.

Bibliografía

- 1- de Barros Manhaes E, Gomes WF, Guedes Bezerra C, Horta PE, Nogueira da Gama M, Machado Cesar LA, et al. Disección espontánea de arteria coronaria: enfoque terapéutico y resultados de una serie consecutiva de casos. Rev Bras Cardiol Intensiva. 2014; 22(1):32-35. doi: 10.1590/0104-1843000000007
- 2- Mila R, Albistur J, Bachini JP, Niggemeyer A, Duran A. Disección coronaria espontánea. Primer reporte a nivel nacional. Rev Urug Cardiol. 2020; 35: 50-56. Doi: 10.29277/cardio.35.1.8
- 3- Hayes SN, Kim E, Saw J, Adlam D, Arslanian-Engoren C, Economy KE et al. Spontaneous Coronary Artery Dissection: current state of the science. A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation. 2018; 137:e523-e557. Doi: 10.1161/CIR.0000000000000564
- 4- Fajardo AL, Díaz P. Un desafío clínico: disección coronaria. Rev Urug Cardiol 2014; 29:345-348.
- 5- Artery SC. Disección coronaria espontánea: aspectos diagnósticos y terapéuticos. 2003;27(3):188-190.
- 6- Romero-Rodríguez N, Fernández-Quero M, Gil-Ortega MV, et al. Disección coronaria espontánea y sus implicaciones pronósticas a largo plazo en una cohorte de 19 casos. Rev Esp Cardiol. 2010;63(9):1088-1091. doi:10.1016/S0300-8932(10)70231-1
- 7- García-Martín A, Moreno A, Moro C. Síndrome de Heyde. Rev Esp Cardiol. 2011;64(1):75-77. doi:10.1016/j.recesp.2010.06.005
- 8- Saw J, Aymong E, Sedlak T, et al. Spontaneous coronary artery dissection association with predisposing arteriopathies and precipitating stressors and cardiovascular outcomes. Circ Cardiovasc Interv. 2014;7(5):645-655. doi:10.1161/CIRCINTERVENTIONS.114.001760
- 9- Saw J, Humphries K, Aymong E, et al. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Clinical Outcomes and Risk of Recurrence. J Am Coll Cardiol. 2017;70(9):1148-1158. doi:10.1016/j.jacc.2017.06.053
- 10- Sharma S, Raut N, Potdar A. Spontaneous coronary artery dissection: Case series and review of literature. Indian Heart J. 2016;68(4):480-485. doi:10.1016/j.ihj.2015.11.039

- 11- Chen CC, Liu JC, Sung LC. A case report of spontaneous coronary artery dissection and the role of intravascular imaging for accurate diagnosis and successful management. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(2):e14112. doi:10.1097/MD.00000000000014112
- 12- Yang XQ, Zhu HY, Wang X, Zhao, Zhang W, Xiao Min, et al. Spontaneous coronary artery dissection in a middle-aged woman with acute anterior myocardial infarction: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(31):e11504. doi:10.1097/MD.00000000000011504
- 13- Valappil SP, Iype M, Viswanathan S, Koshy AG, Gupta PN, Velayudhan RV. Coronary angioplasty in spontaneous coronary artery dissection—Strategy and outcomes. *Indian Heart J.* 2018;70(6):843-847. doi:10.1016/j.ihj.2018.01.004
- 14- Eleid MF, Guddeti RR, Tweet MS, Lerman A, Singh M, Best PJ, et al. Coronary artery tortuosity in spontaneous coronary artery dissection angiographic characteristics and clinical implications. *Circ Cardiovasc Interv.* 2014;7(5):656-662. doi:10.1161/CIRCINTERVENTIONS.114.001676

Aporte cada autor al trabajo

Mariana Cruz: Concepción y diseño del trabajo. Recolección de datos. Redacción del manuscrito.

Mariana Mieres. Concepción y diseño del trabajo. Redacción del manuscrito. Revisión crítica del manuscrito.

María Noel García. Concepción y diseño del trabajo. Redacción del manuscrito.

Mercedes Perendones. Redacción del manuscrito. Revisión crítica del manuscrito.