

DISECCIÓN ARTERIAL CORONARIA ESPONTÁNEA

SPONTANEOUS CORONARY ARTERY DISSECTION

CECILIA ANDREANI¹, PAULA SIERRA¹, EZEQUIEL ARIZA¹, NICOLÁS THOMAS¹, GABRIEL TISSERA²

RESUMEN

La disección arterial coronaria espontánea (DACE) es una patología poco frecuente que afecta principalmente a mujeres. Su prevalencia aumenta cuando se analizan casos de síndrome coronario agudo en pacientes jóvenes. Se han encontrado factores predisponentes, como el posparto, la multiparidad, las enfermedades inflamatorias sistémicas y, recientemente, se ha observado con un interés creciente su relación con la displasia fibromuscular arterial. La forma de presentación habitual es el síndrome coronario agudo, pero se han reportado casos de arritmias ventriculares y muerte súbita. Exponemos el caso de una paciente de 41 años, que presenta un cuadro de infarto agudo de miocardio secundario a DACE.

Palabras clave: síndrome coronario agudo, disección coronaria espontánea.

ABSTRACT

Spontaneous coronary artery dissection is a rare disease which affects women mostly. The prevalence increases among young people who are suffering from an acute coronary syndrome. There are predisposing facts, such as postpartum period, multiparity, inflammatory systemic conditions, and recently observed: fibromuscular dysplasia. The most common clinical presentation is acute coronary syndrome, but cases with ventricular arrhythmias and sudden cardiac death have been reported. Our patient is a forty-one-year-old woman, who presented with acute myocardial infarction due to spontaneous coronary artery dissection

Keywords: acute coronary syndrome, spontaneous coronary dissection.

REVISTA CONAREC 2016;32(135):167-169 | VERSIÓN WEB WWW.REVISTACONAREC.COM.AR

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente femenina, de 41 años, con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo.

Consulta por un cuadro de 4 horas de evolución caracterizado por dolor torácico precordial, opresivo, de intensidad 10/10, con irradiación a miembro superior izquierdo, dorso y cuello, acompañado de náuseas, vómitos y sudoración, que se desencadena en reposo.

A su ingreso se encuentra hipertensa (150/80 mmHg), eupneica, afebril. Sin hallazgos positivos en el examen físico.

Presenta en el electrocardiograma de ingreso ritmo sinusal a 63 latidos por minuto, con supradesnivel del segmento ST anterior extenso y en DII.

Se decide realizar a la paciente una cinecoronariografía de urgencia que informa una lesión crítica del 99% en el segmento medio de la arteria descendente anterior (DA), con imagen de disección (ϕ) hasta el ápex. Se realiza angioplastia primaria con la colocación de cuatro *stents* liberadores de drogas (**Figuras 1 y 2**). El resto de las arterias no presentan lesiones angiográficamente significativas. Durante el procedimiento se complica con paro cardiorrespirato-

rio, con ritmo de taquicardia y fibrilación ventricular. Se realizan maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, con lo que retorna a ritmo sinusal.

Evoluciona posterior al procedimiento con edema agudo de pulmón, con buena respuesta a tratamiento diurético. En el ecocardiograma muestra una función sistólica del ventrículo izquierdo (VI) deprimida, con una fracción de eyección estimada en 35%; discinesia del ápex, acinesia anteromedial y de todos los segmentos apicales.

Se interpreta el cuadro como infarto agudo de miocardio Q anterior extenso, Killip y Kimball C, secundario a disección coronaria espontánea.

La paciente presenta una evolución favorable posterior a la angioplastia primaria y continúa actualmente en tratamiento con doble terapia antiagregante, betabloqueantes, enalapril y eplerenona.

DISCUSIÓN

La disección arterial coronaria espontánea (DACE) se define como la separación de las capas de la pared arterial de origen no traumático ni iatrogénico. Puede localizarse entre las capas íntima y media, o entre la media y la adventicia. Se produce por una hemorragia intramural que crea una falsa luz. Este hematoma comprime la luz verdadera, comprometiendo el flujo sanguíneo y ocasionando isquemia miocárdica. El factor desencadenante puede ser un desgarramiento en la íntima o bien la ruptura de la *vasa vasorum*¹.

Se trata de una patología infrecuente. En un estudio que incluyó 11605 pacientes sometidos a angiografía coronaria a lo largo de cinco años se observó una prevalencia del 0,2%, que fue más alta en mujeres que en hombres (0,6% vs. 0,07%). En las mujeres, la prevalencia aumenta a medida que disminuye la edad. Si se consideran a las menores de 50 años con síndrome coronario agudo (SCA), la misma aumenta al 8,7%².

1. Residentes de Cardiología.

2. Jefe de residentes de Cardiología

Hospital Provincial del Centenario. Rosario, Santa Fe, Rep. Argentina.

✉ **Correspondencia:** Cecilia Andreani | Hospital Provincial del Centenario. Urquiza 3105. Tucumán 1318, piso 4, departamento D. 2000 Rosario, Rep. Argentina | cecian-dreani@hotmail.com

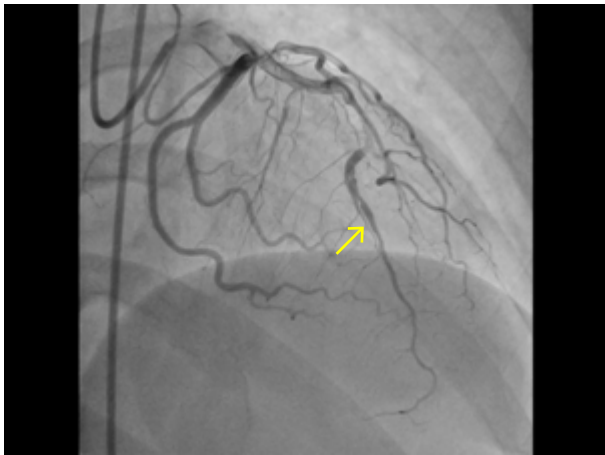


Figura 1. Angiografía coronaria, incidencia oblicua anterior derecha. Se observa la arteria descendente anterior con una imagen de disección en su segmento medio.

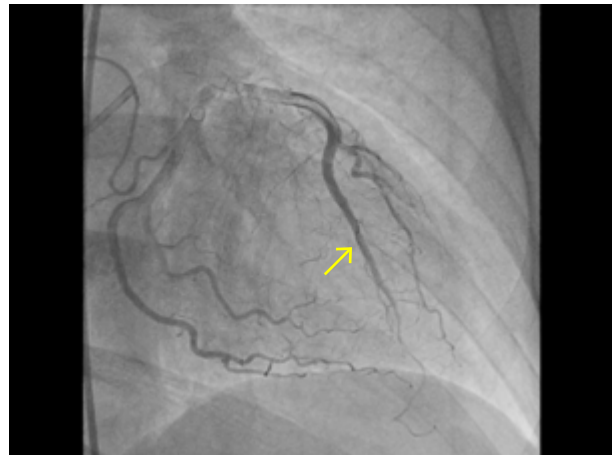


Figura 2. Arteriografía coronaria, incidencia oblicua anterior derecha. Se visualiza la arteria descendente anterior, posterior a la colocación de cuatro stents liberadores de drogas.

En un trabajo donde se asoció como método diagnóstico a la angiografía la tomografía de coherencia óptica (TCO), la DACE fue diagnosticada en el 4% de aquellos pacientes que se presentaron con un SCA³.

En general, se manifiesta como un SCA, con supradesnivel o no del segmento ST, taquicardia o fibrilación ventricular^{2,4,5}. Incluso, se han descrito casos diagnosticados en necropsias, posterior a una muerte súbita¹. La edad promedio reportada en diferentes series se mantuvo entre 42 y 52 años^{4,5}.

Se han identificado causas predisponentes a esta arteriopatía, como las enfermedades inflamatorias sistémicas, colagenopatías, el posparto, la multiparidad y la terapia de reemplazo hormonal. Saw et al.⁴ pudieron identificar una relación con la displasia fibromuscular arterial en el 72% de los casos, demostrando una conexión estrecha entre ambas patologías.

La angiografía coronaria es el *gold standard* para el diagnóstico y permite clasificar la disección en tres tipos: I, o con múltiples luces; II, donde se visualiza como una estenosis difusa; y III, en la que simula una placa aterosclerótica⁶. Sin embargo, solo se puede apreciar la luz arterial en dos dimensiones. Las nuevas técnicas de imagen, como el ultrasonido intravascular (IVUS) o la TCO, dejan visualizar la estructura y la composición de la pared arterial, logrando distinguir aquellas imágenes que en la angiografía aparentan estenosis difusas o lesiones ateroscleróticas. En una serie de casos, a cinco pacientes se les encontró una DACE por IVUS, si bien ninguno de ellos presentó alteraciones angiográficas⁷. De la misma forma, entre once pacientes que fueron diagnosticados utilizando TCO, solo tres presentaron la imagen de *flap* clásica en la angiografía⁸.

No hay estudios aleatorizados que permitan guiar el tratamiento a seguir en estos casos. En la bibliografía analizada, se ha optado por el tratamiento médico (estrategia conservadora) en pacien-

tes hemodinámicamente estables, sin signos de isquemia aguda o arritmias. Esto se justifica por el alto porcentaje de resolución espontánea hallado en angiografías de control. En pacientes que presentan dichas complicaciones se sugiere la angioplastia con colocación de *stent*, mientras que se reserva la cirugía de revascularización miocárdica para los casos en que esta falla o para aquellas disecciones que involucran el tronco coronario izquierdo^{2,4}. En una cohorte de Saw et al, de 79 pacientes manejados con estrategia conservadora, ninguno presentó lesiones angiográficas en el control a las cuatro semanas del evento.

En cuanto al tratamiento médico, el ácido acetilsalicílico y los beta-bloqueantes deberían mantenerse a largo plazo. Esto se extrapola de estudios que incluyeron pacientes con síndrome coronario agudo. En los que se aplica la estrategia conservadora, el clopidogrel es administrado entre uno y doce meses posteriores al evento y discontinuado posterior a la resolución angiográfica de la lesión. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de angiotensina (ARA) son utilizados solo en pacientes con disfunción ventricular⁴.

CONCLUSIÓN

La DACE es una patología infrecuente. A raíz del perfeccionamiento de las técnicas de diagnóstico por imágenes intravasculares, su hallazgo como etiología del síndrome coronario agudo se encuentra en aumento. Todavía hay interrogantes por resolver en cuanto a su asociación con patologías predisponentes y factores desencadenantes. El diagnóstico depende en gran medida de la sospecha clínica previa, y si bien no debe influir en el manejo inicial de estos casos, es necesario tenerlo presente para el seguimiento y la búsqueda de patologías asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yip A, Saw J. Spontaneous coronary artery dissection. A review. *Cardiovasc Diagn Ther* 2015;5(1):37-48.
2. Vanzetto G, Berger-Coz E, Barone-Rochette G, Chavanon O, Bouvaist H, Hacini R, et al. Prevalence, therapeutic management and medium-term prognosis of spontaneous coronary artery dissection: results from a database of 11,605 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2009;35(2):250-4.
3. Nishiguchi T, Tanaka A, Ozaki Y, Taruya A, Fukuda S, Taguchi H, et al. Prevalence of spontaneous coronary artery dissection in patients with acute coronary syndrome. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2016;5(3):263-70.
4. Saw J, Aymong E, Sedlak T, Buller C, Starovoytov A, Ricci D, et al. Spontaneous coronary artery dissection: association with predisposing arteriopathies and precipitating stressors and cardiovascular outcomes. *Circ Cardiovasc Interv* 2014;7(5):645-55-55.
5. Tweet M, Hayes S, Pitta S, Simari R, Lerman A, Lennon R, et al. Clinical features, management, and prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Circulation* 2012;126(5):579-88.
6. Saw J. Coronary angiogram classification of spontaneous coronary artery dissection. *Catheter Cardiovasc Interv* 2014;84(7):1115-22.
7. Maehara A, Mintz G, Castagna M, Pichard A, Satler L, Waksman R, et al. Intravascular ultrasound assessment of spontaneous coronary artery dissection. *Am J Cardiol* 2002;89(4):466-8.
8. Alfonso F, Paulo M, Gonzalo N, Dutary J, Jimenez-Quevedo P, Lennie V, et al. Diagnosis of spontaneous coronary artery dissection by optical coherence tomography. *J Am Coll Cardiol* 2012;59(12):1073-9.