

Observaciones Clínicas

Diseción coronaria espontánea no aterosclerótica como causa infrecuente de síndrome coronario agudo

Paula Guardia-Martínez*, Diego E. Menéndez y Manuel de Mora-Martín

Servicio de Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de marzo de 2016

Aceptado el 7 de junio de 2016

On-line el 16 de julio de 2016

Palabras clave:

Diseción coronaria espontánea

Síndrome coronario agudo

Keywords:

Spontaneous coronary artery

dissection

Acute coronary syndrome

RESUMEN

La diseción coronaria espontánea (DCE) no aterosclerótica supone una causa reconocible de síndrome coronario agudo en mujeres jóvenes con poca carga de factores de riesgo cardiovascular. El tratamiento y manejo posterior de la misma supone un reto para el especialista, y tiene una base fundamentalmente empírica, acorde a la experiencia local y las características individuales del paciente. Presentamos el caso de una mujer de 56 años con una DCE como causa de SCACEST, que fue tratada mediante implante de *stent* farmacocactivo con polímero bioabsorbible, con buen resultado angiográfico y en el seguimiento a largo plazo.

© 2016 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Non-atherosclerotic spontaneous coronary artery dissection as a rare cause of acute coronary syndrome

ABSTRACT

Non-atherosclerotic spontaneous coronary artery dissection is a recognizable cause of acute coronary syndrome in young women with little burden of cardiovascular risk factors. Treatment and subsequent handling of it is a challenge for the specialist and has a fundamentally empirical basis according to local experience and individual patient characteristics. We report the case of a 56 year old woman with spontaneous coronary dissection as a cause of STEMI, which was treated by implantation of drug-eluting *stent* with bioabsorbable polymer (DES), with good angiographic results and long-term monitoring.

© 2016 SAC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paulaguardia.m@gmail.com (P. Guardia-Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.carcor.2016.06.001>

1889-898X/© 2016 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comentamos el caso de una mujer de 56 años que acude a urgencias por dolor torácico opresivo, con cortejo vegetativo mientras camina; de unos 15 min de duración. No presenta antecedentes familiares de interés y entre sus antecedentes personales destacan asma bronquial, hipotiroidismo e hipercolesterolemia, en tratamiento. La exploración inicial es anodina y se presenta asintomática. En el ECG se evidencia una elevación de punto J en v3-v4 de 1 mm, sin cambios dinámicos en ECG posteriores. En la analítica, destaca discreta elevación de troponina ultrasensible. Durante la monitorización, la paciente reinicia sintomatología y malestar general que no cede mediante tratamiento médico; se realiza ECG con elevación de ST > 1 mm en v2-v4, por lo que se indica coronariografía urgente (fig. 1). Se objetiva una disección helicoidal en tercio medio-distal de descendente anterior con flujo TIMI 0. Se avanza guía hasta tercio distal, y se visualiza zona de inicio de la disección que se sella con un *stent* de zotarolimus+ polímero bioabsorbible, solapado con otro *stent* para cubrir disección más distal, quedando el flujo restablecido. Persisten zonas afectadas muy distales, que no se tratan. Posteriormente permanece estable y asintomática. En la ecocardiografía destaca acinesia anteroseptal y septoapical con fracción de eyección conservada.

La paciente negó la toma de terapia hormonal previa y se realizó estudio serológico de autoinmunidad que resultó negativo. Fue dada de alta con aspirina, clopidogrel, beta-bloqueantes, IECA y estatinas; y se incluyó en el programa de rehabilitación cardiaca. Se realizó ergometría al mes del ingreso que resultó negativa. Tras 5 meses de seguimiento la paciente no ha presentado nuevos eventos y ha permanecido asintomática.

La disección coronaria espontánea (DCE) no aterosclerótica tiene una prevalencia del 0,1-0,4% del total de angiografías en contexto del síndrome coronario agudo (SCA), siendo una causa frecuente en mujeres jóvenes (corresponde a una

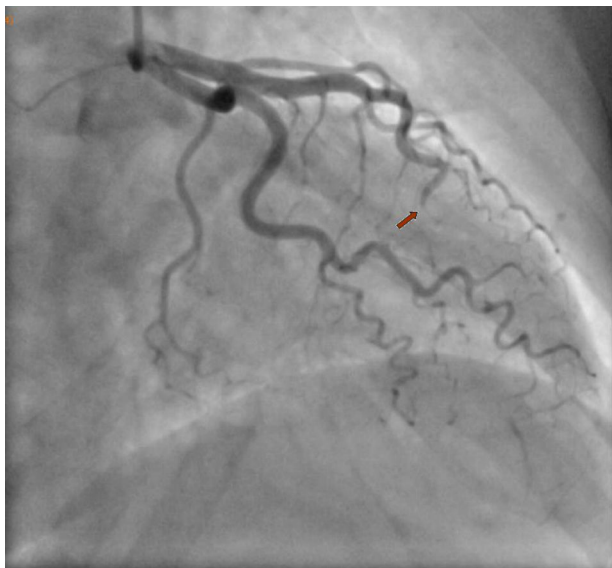


Figura 1 – Disección en tercio medio-distal de la arteria descendente anterior (flecha) con flujo TIMI 0 y relleno pobre por colaterales de tercio distal.

1/4 parte del SCA en mujeres <50 años)^{1,2}. Se cree que la prevalencia real está infraestimada¹⁻³, debido a la dificultad diagnóstica durante el cateterismo, y al perfil de pacientes afectados (mujeres jóvenes con pocos factores de riesgo), que hace que la sospecha clínica sea menor. Entre otros predisponentes destacan el embarazo y el puerperio, la displasia fibromuscular, las enfermedades del tejido conectivo, las enfermedades inflamatorias sistémicas (vasculitis) y la terapia hormonal e hipotiroidismo; este último en relación con nuestro caso. La tortuosidad coronaria, asociada a vasculopatías como la displasia fibromuscular, también se ha relacionado con la disección coronaria⁴. Se describen, además, factores precipitantes en un 50% de los casos¹, como ejercicio intenso, estrés emocional o maniobra de Valsalva.

La presentación clínica como SCACEST puede suponer hasta el 52% de los casos, siendo la arteria descendente anterior la más frecuentemente implicada (40-70%). El diagnóstico se realiza durante el cateterismo, observándose un plano de disección en ausencia de aterosclerosis coronaria, con el típico *flap* intimal, aunque en la mayoría de los casos se observa un adelgazamiento largo y difuso de la arteria debido al hematoma intramural, dificultando el diagnóstico. En estos casos las técnicas de imagen intracoronaria (IVUS u OCT) pueden resultar útiles.

Es frecuente la recurrencia de eventos cardiovasculares (13-17% a largo plazo), con una tasa de muerte, IC, infarto agudo de miocardio (IAM) o recurrencia de disección a 10 años del 47%⁵.

El manejo óptimo se desconoce por la limitada experiencia, pero se han planteado múltiples enfoques. En la mayoría se recomienda tratamiento conservador si existe estabilidad clínica. Se recomienda considerar intervencionismo coronario percutáneo (ICP) o cirugía de revascularización coronaria urgente en pacientes con IAM, síntomas de isquemia en curso o compromiso hemodinámico. La ICP es técnicamente difícil, con mayores tasas de fracaso y complicaciones³ (fragilidad de pared arterial, afectación frecuente de vasos distales, necesidad de implante de *stents* largos, etc.). El resultado a corto plazo parece menos favorable para aquellos sometidos a ICP urgente en comparación con el manejo conservador o CABG. En el contexto de la DCE, el uso de *stents* bioabsorbibles puede tener ventajas teóricas, aunque falta aún evidencia al respecto de esta estrategia. En cuanto al tratamiento médico, el manejo es variado; añadiéndose habitualmente aspirina, betabloqueantes y clopidogrel (durante un año). La rehabilitación cardiaca es considerada un método seguro para la reintroducción de ejercicio regular en la DCE; la mayoría de estos pacientes perciben beneficios para la salud física y emocional.

Existen estudios prospectivos en curso con objeto de aclarar el manejo inicial y el tratamiento posterior de esta condición.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

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 declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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;7:645-55.
2. Nishiguchi T, Tanaka A, Ozaki Y, et al. Prevalence of spontaneous coronary artery dissection in patients with acute coronary syndrome. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2016;5:263-70.
3. Tweet MS, Hayes SN, Pitta SR, et al. Clinical features, management, and prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Circulation.* 2012;126:579-88.
4. Eleid MF, Guddeti RR, Tweet MS, et al. Coronary artery tortuosity in spontaneous coronary artery dissection: Angiographic characteristics and clinical implications. *Circ Cardiovasc Interv.* 2014;7:656-62.
5. Mortensen KH, Thuesen L, Kristensen IB, et al. Spontaneous coronary artery dissection: A Western Denmark Heart Registry study. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2009;74:710-7.