

Dissección coronaria espontánea en el tronco común izquierdo complicada con vasoespasm



Spontaneous left main coronary artery dissection complicated with vasospasm

Cátia Costa Oliveira^{a,b,c,*}, Carlos Galvão Braga^a, Catarina Quina^a, João Costa^a y Jorge Marques^a

^a Cardiology Service, Hospital de Braga, Braga, Portugal

^b Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Health Sciences, University of Minho, Braga, Portugal

^c ICVS/3B's-PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000191>

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000192>

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 36 años con antecedentes de parto 2 meses antes de ser hospitalizada en urgencias con un cuadro de dolor torácico irradiado a brazo izquierdo asociado a diaforesis y disnea de 1 hora de evolución. Se obtuvo el consentimiento informado pertinente. El electrocardiograma (ECG) que se realizó no reveló ninguna anomalía, pero la analítica sanguínea confirmó la presencia de marcadores elevados de necrosis miocárdica (niveles de troponina I = 1,9 ng/ml; valores normales < 0,045 ng/ml). Los ECG seriados que se realizaron revelaron alteraciones progresivas tales como inversión de la onda T en las derivaciones I, aVL y V1-V3. El ecocardiograma transtorácico que se realizó confirmó la buena función sistólica del ventrículo izquierdo, sin alteraciones de la contractilidad. La coronariografía realizada a la paciente reveló imágenes sugestivas de hematoma intramural condicionando la estenosis difusa del tronco común izquierdo (TCI) y de la descendente anterior (DA) proximal ([vídeo 1 del material adicional](#); [figura 1A](#)). Como la paciente presentaba una anatomía coronaria de alto riesgo, se optó por repetir la coronariografía 8 días después. No obstante, tras canular el TCI (6 Fr JL 3,5) se observó un descenso súbito del flujo en DA proximal y TCI distal (probable vasoespasm) ([vídeo 2 del material adicional](#); [figura 1B](#)). En consecuencia, se pasó la guía a la DA distal. La ecografía intravascular (IVUS) que se realizó sobre la lesión reveló la presencia de una extensa área hiperecogénica y heterogénea en la túnica media (tras la lámina elástica externa) en forma de media luna y, en algunos puntos, en forma de circunferencia. Esto podría ser compatible con la presencia de un hematoma intramural ([vídeo 3 del material adicional](#); [figura 1C](#)). Durante la intervención, se observó la presencia de un vasoespasm grave con reducción de flujo hacia la DA, un grado de flujo *Thrombolysis in Myocardial Infarction* (TIMI) 1/2 asociado a inestabilidad clínica, dolor torácico, hipotensión y elevación del segmento ST anterior ([vídeo 4 del material adicional](#); [figura 1D](#)). Se resolvió lentamente tras la administración de nitratos intracoronarios ([vídeo 5 del material adicional](#); [figura 1E](#)).

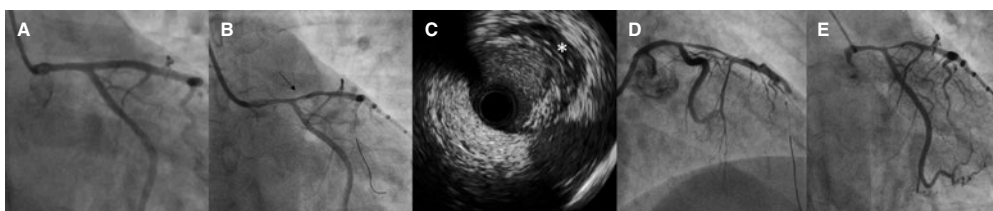


Figura 1. **A:** estenosis difusa del calibre del tronco común izquierdo (TCI) (50%) y descendente anterior izquierda (DA) proximal (30%) indicativa de la presencia de un hematoma intramural. **B:** reevaluación mediante coronariografía realizada 8 días después que revela un descenso adicional de los diámetros del TCI distal y DA ostial (flecha) asociado a un menor flujo distal tras pasar la guía hacia la DA distal. **C:** la ecografía intravascular (IVUS) revela la presencia de un hematoma intramural (asterisco). **D:** flujo lento (grado de flujo *Thrombolysis in Myocardial Infarction*—TIMI—1) tras imágenes IVUS debido a vasoespasm grave. **E:** resolución lenta del vasoespasm tras la administración de nitratos intracoronarios.

* Autor para correspondencia: Rua das Camélias, Urbanização Colina do Ave 30, 4760-712 Ribeirão, Vila Nova de Famalicão, Portugal.
Correo electrónico: catiaandreioliveira@gmail.com (C. Costa Oliveira).

Online: 17-02-2021.

Full English text available from: www.recintervcardiol.org/en.

2604-7306 / © 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

FINANCIACIÓN

No se obtuvo ningún tipo de financiación para este artículo.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

C. Costa Oliveira es responsable del análisis del caso clínico y la redacción del artículo. C. Galvão Braga es responsable de la intervención coronaria del paciente y la revisión del artículo. C. Quina, J. Costa y J. Marques participaron en la resolución del caso y son responsables de la revisión del artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

No se declara ninguno.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000190>.

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000191>

Disección coronaria espontánea en el tronco común izquierdo complicada con vasoespasma. ¿Cómo lo haría?



Spontaneous left main coronary artery dissection complicated with vasospasm. How would I approach it?

José Antonio Fernández Díaz*

Unidad de Hemodinámica, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000190>

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000192>

¿CÓMO LO HARÍA?

Hay numerosos casos publicados en la literatura sobre disección coronaria espontánea periparto, cuya fisiopatología es en gran medida desconocida, aunque en un porcentaje significativo la displasia fibromuscular puede desempeñar algún papel¹.

Se presenta el caso de una mujer de 36 años con disección coronaria espontánea del tronco coronario izquierdo (TCI) y de la arteria descendente anterior (DA) a los 2 meses del parto. La paciente presenta un cuadro de dolor torácico y disnea de 1 hora de evolución, inversión de la onda T en el electrocardiograma y elevación de las enzimas cardíacas, aunque con estabilidad hemodinámica y sin compromiso de la función del ventrículo izquierdo. Se realizó una coronariografía que mostró una imagen sospechosa de disminución difusa de la luz del vaso en el TCI y la DA. En un primer momento se realizó tratamiento conservador.

* **Autor para correspondencia:** Unidad de Hemodinámica, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Joaquín Rodrigo 1, 28222 Majadahonda, Madrid, España. Correo electrónico: hemodinamic@gmail.com (J.A. Fernández Díaz).

Online: 17-02-2021.

Full English text available from: <https://www.recintervcardiol.org/en>.

2604-7306 / © 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.