

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 vasoespasmo. ¿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.

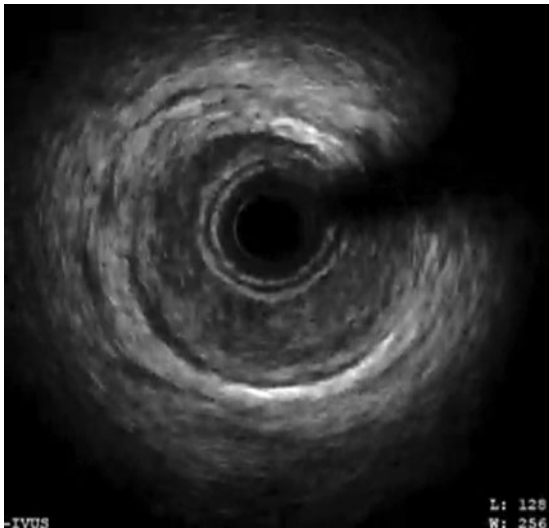


Figura 1. Ecocardiografía intravascular en la arteria descendente anterior proximal. Imagen de un gran hematoma intramural de la coronaria que compromete casi toda la luz del vaso.

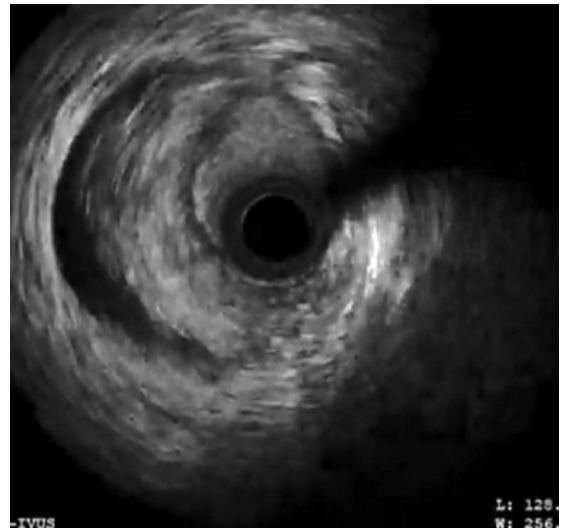


Figura 2. Imagen de disección coronaria en la porción distal del tronco coronario izquierdo desde las 6 hasta las 11 horarias.

En mi opinión, el tratamiento inicial fue adecuado, ya que según la serie más numerosa publicada, que es la canadiense², el pronóstico intrahospitalario es bueno y solo en un 3,3% de los pacientes tratados de forma conservadora se requirió revascularización. Esto se ha confirmado en un estudio en el que se evaluó el tamaño del infarto por resonancia magnética cardiaca en los pacientes con disección coronaria espontánea³. Nuestra experiencia concuerda con este estudio y en los pacientes con estabilidad hemodinámica realizamos tratamiento conservador.

El tratamiento médico no está claramente establecido, pero dado que la presencia de trombos intraluminales es escasa en los pacientes en quienes se realiza ecocardiografía intravascular (IVUS), parece que el tratamiento con ácido acetilsalicílico sería suficiente. En el caso analizado, únicamente echo en falta la realización de una IVUS en la primera angiografía para confirmar la disección y el hematoma de pared, y conocer la extensión exacta de la enfermedad tal y como se hizo en la segunda angiografía. En mi opinión, la técnica de IVUS es más segura que la tomografía de coherencia óptica, ya que esta última requiere una inyección intracoronaria de contraste que podría agravar la disección.

La paciente se mantiene estable y a los 8 días del cuadro clínico se decide realizar una coronariografía de control. Según nuestra experiencia, con el tratamiento habitual, este es un tiempo demasiado corto para valorar el sellado de la disección, y es recomendable esperar al menos 3-4 semanas.

En la coronariografía se utiliza un catéter JL 3,5 de 6 Fr. No se especifica si se trata de un catéter diagnóstico o guía, ya que no sabemos si la intención era realizar una prueba de imagen intracoronaria. La curva de catéter elegida nos parece adecuada, porque es menos agresiva que otras curvas, como AL2 o *extra back-up*.

Tras la canalización del vaso se produce una disminución del lumen del TCI distal y de la DA proximal que los autores atribuyen a vasoespasmo. Desafortunadamente, la primera imagen angiográfica que tenemos disponible nos muestra el vaso tras el empeoramiento de la luz y con la guía de angioplastia insertada, por lo que no podemos valorar la primera inyección de contraste. En mi opinión, es poco probable que el empeoramiento de la luz se deba a un vasoespasmo teniendo en cuenta que todo ese territorio tiene un amplio hematoma intramural, por lo que el mecanismo de contracción de la capa media de la coronaria, que es el que provoca vasoespasmo, estaría anulado. Es más probable que haya sido el sondaje del catéter en la coronaria o la primera inyección de contraste la causa del aumento del hematoma de la pared y, por lo tanto, de la disminución de la luz del vaso. Esta reducción tan importante de la luz de la DA compromete el flujo en ella. En la IVUS se muestra un gran hematoma intramural, que afecta casi por completo la luz del vaso en algunos segmentos (figura 1), y una disección en el TCI distal (figura 2).

Como consecuencia, la paciente presenta inestabilidad hemodinámica, dolor torácico y elevación del ST en el electrocardiograma, que mejora parcialmente con nitrato intracoronario.

En este punto, debido a la inestabilidad de la paciente y al compromiso de la luz del vaso, en mi opinión es necesaria una revascularización percutánea inmediata. Aunque el *ostium* de la arteria circunfleja no está comprometido, según la angiografía y la IVUS, sería conveniente introducir otra guía de angioplastia para proteger este vaso, ya que el implante de un *stent* en el TCI y la DA proximal puede desplazar el hematoma hacia la circunfleja. De hecho, en nuestra experiencia, el implante de *stents* en las disecciones espontáneas a menudo desplaza el hematoma y la disección hacia otros segmentos del vaso, y es necesario implantar varios *stents* en los distintos segmentos.

Es preferible, en este contexto, el implante de un único *stent* que cubra la zona disecada en lugar de implantar varios *stents* solapados. Por lo tanto, yo implantaría un *stent* único desde el TCI hacia la DA. Gracias a la imagen de IVUS se puede localizar el punto más distal de la disección donde iniciar el implante del *stent*. En este caso, la IVUS ha mostrado que existe hematoma desde el origen del TCI, por

lo que habría que cubrir el *ostium* del vaso protruyendo ligeramente el *stent* hacia la aorta. Sin duda, la utilización de *stents* farmacoactivos es aconsejable, así como la elección de *stents* con un armazón que permita una importante sobredilatación para ajustarlos al tamaño del vaso en el TCI. Es imprescindible la comprobación del resultado mediante IVUS.

Respecto a la rama circunfleja que quedaría enjaulada por el *stent*, dado el contexto clínico inestable no realizaría ningún tratamiento sobre ella, excepto si existiera compromiso del flujo o de la luz del vaso. En un procedimiento posterior se podría plantear la optimización del tratamiento con la apertura de la malla hacia la circunfleja mediante una técnica de inflado simultáneo de 2 *kissing balloons*.

FINANCIACIÓN

No hay financiación.

CONFLICTO DE INTERESES

Ningún conflicto relacionado con este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hinojal YC, Di Stefano S, Florez S, et al. Spontaneous coronary dissection during postpartum: Etiology and controversies in management. *Ital Hear J.* 2004; 5:563-565.
2. Saw J, Humphries K, Aymong E, et al. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Clinical Outcomes and Risk of Recurrence. *J Am Coll Cardiol.* 2017; 70:1148-1158.
3. Al-Hussaini A, Abdelaty AMSEK, Gulsin GS, et al. Chronic infarct size after spontaneous coronary artery dissection: implications for pathophysiology and clinical management. *Eur Heart J.* 2020;41:2197-2205.

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

Diseción coronaria espontánea en el tronco común izquierdo complicada con vasoespasmo. Resolución



Spontaneous left main coronary artery dissection complicated with vasospasm. Case resolution

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.M20000190>

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

RESOLUCIÓN DEL CASO

Se optó por finalizar la intervención tras la desaparición de los síntomas de la paciente (se obtuvo el consentimiento pertinente) y resolución de la elevación del segmento ST. Tras la intervención, la analítica sanguínea que se realizó reveló nuevas subidas de los niveles de troponina I (4,4 ng/ml). La paciente inició un tratamiento con bloqueadores del canal de calcio, concretamente dihidropiridinas, debido al vasoespasmo observado. La paciente siguió asintomática mientras estuvo en observación. Cinco días después fue dada de alta con tratamiento

* **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.