

# Percepción y experiencia sobre la disección coronaria espontánea en España: resultados de una encuesta nacional



## *Perception and experience of spontaneous coronary artery dissection in Spain. Results of a national survey*

Fernando Macaya<sup>a,\*</sup>, Santiago Jesús Camacho-Freire<sup>b</sup>, Marcos García-Guimaraes<sup>c</sup>, Vicente Peral<sup>d</sup>, Fernando Alfonso<sup>c</sup> y Javier Escaned<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Instituto Cardiovascular, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

<sup>c</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

<sup>d</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

### Sr. Editor:

La disección coronaria espontánea (DCE) es una afección de baja incidencia que causa síndromes coronarios agudos<sup>1,2</sup>. Si bien en la última década se han realizado avances sustanciales en el conocimiento de la fisiopatología, el diagnóstico, el manejo clínico y el pronóstico de la DCE, el grado en que dicho conocimiento se ha incorporado a la comunidad médica es incierto. Por este motivo, se decidió realizar una investigación descriptiva en la que se reflejasen el conocimiento y la actitud respecto a la DCE de los cardiólogos intervencionistas con ejercicio profesional en España.

Los autores elaboraron un cuestionario de 24 preguntas que abarcaron aspectos como la presentación clínica, el diagnóstico y el tratamiento agudo y poscrítico de la DCE<sup>3</sup>. La iniciativa recibió la aprobación y el respaldo de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología. La encuesta se cerró en diciembre de 2018 con 161 respuestas procedentes de 72 centros (26 encuestados no completaron la variable «centro»).

La [figura 1](#) muestra las respuestas sobre el diagnóstico. Dos terceras partes de los encuestados asociaron la DCE a un perfil de mujer joven sin factores de riesgo o en el embarazo/puerperio. Respecto a la manifestación angiográfica, el patrón más frecuentemente reconocido por los encuestados no fue el de una disección angiográfica, sino la pérdida de calibre difusa en el vaso (tipo 2). Además, la mayoría de los encuestados reportaron un bajo uso de imagen intracoronaria para el diagnóstico de DCE. Las respuestas en detalle a otras preguntas pueden encontrarse en el [material adicional](#).

Ante una estenosis dudosa de ser DCE en la descendente anterior media con flujo preservado en un paciente con síndrome coronario agudo, un 40% emplearían imagen intracoronaria para aclarar el diagnóstico, mientras que un 58,7% optarían por una actitud puramente conservadora y finalizarían el procedimiento;

la mayor parte de estos últimos (72,4%) realizarían una coronariografía de seguimiento.

En otra pregunta se evidenció una clara falta de consenso sobre el intervalo de tiempo recomendable para hacer la coronariografía de seguimiento. En cuanto a las indicaciones de la coronariografía por tomografía computarizada, un 39,8% la emplea para el seguimiento de la DCE con anatomía de alto riesgo sin revascularizar (proximal/multivaso) y un 39,1% para seguimiento habitual. Una minoría (18,6%) la indicaron en pacientes diagnosticados de DCE con dolor recurrente sin isquemia objetiva.

Durante el manejo agudo en la sala de hemodinámica, la mayoría de los encuestados (54,7%) afirmaron que menos del 20% de los pacientes con DCE son tratados con angioplastia percutánea en sus centros. Para los pacientes con DCE que requieren tratamiento intervencionista, el 67,7% de los encuestados optarían por *stents* liberadores de fármaco, el 14,3% por *stents* bioabsorbibles, el 3,1% por *stents* convencionales y un 14,9% por evitar implantar un *stent* (angioplastia sin *stent*). A la pregunta sobre la experiencia con balón de corte, solo el 8,1% respondió haberlo usado, mientras que un 45% mostró interés por la técnica. La cirugía de revascularización coronaria fue indicada como rescate de la angioplastia percutánea (19,3%) +/- *a priori* para tronco/multivaso (34,7%). Sin embargo, el 46% manifestó no haber indicado nunca cirugía.

La [figura 2](#) muestra las respuestas sobre el tratamiento poscrítico en un paciente con DCE en la arteria descendente anterior media-distal manejada de forma conservadora. Destaca que la mayoría de los encuestados recomendaría una monitorización prolongada (> 3 días).

Existe una gran variedad en la práctica respecto a las pautas de antiagregantes y otros tratamientos, aunque los bloqueadores beta son indicados por la mayoría (82,6%) en los pacientes con función ventricular preservada.

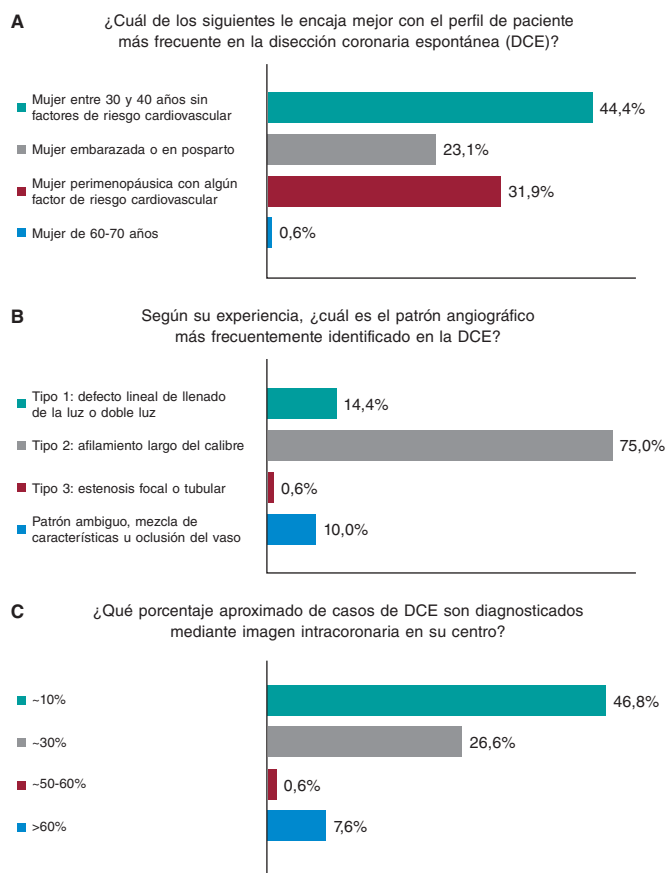
\* Autor para correspondencia: Instituto Cardiovascular, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Profesor Martín Lagos s/n, 28040 Madrid, España. Correo electrónico: [fernando@macaya.eu](mailto:fernando@macaya.eu) [F. Macaya].

Online: 09-08-2019.

Full English text available from: [www.recintervcardiol.org/en](http://www.recintervcardiol.org/en).

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000052>

2604-7306 / © 2019 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.** Preguntas destacadas sobre la presentación y el diagnóstico.

La práctica sistemática de cribado de arteriopatía no coronaria la realiza un 44,8% de los encuestados. Para ello, la técnica de imagen más empleada es la tomografía computarizada (76,4%), seguida por la resonancia magnética (27,6%) y el cateterismo invasivo (18,1%).

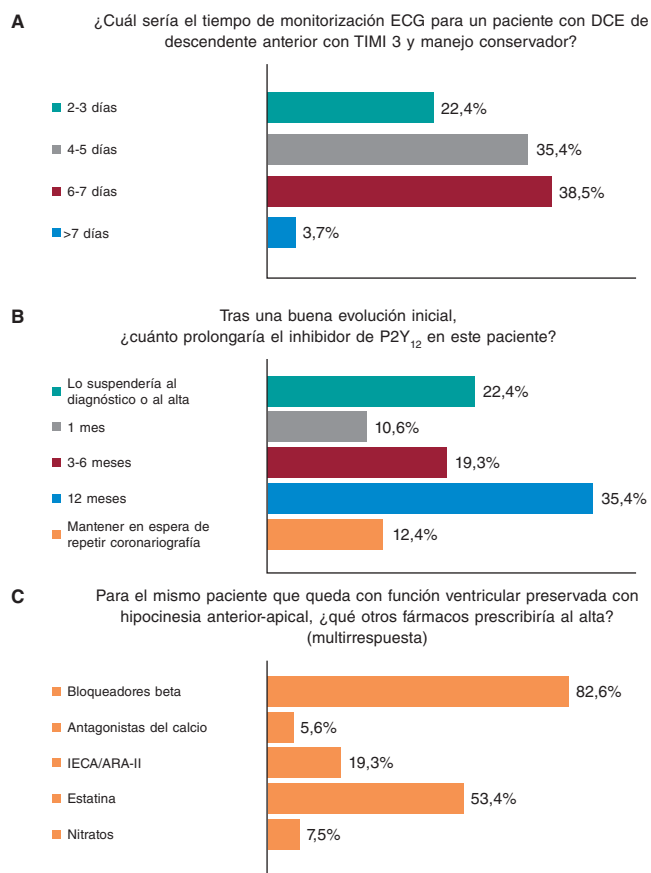
Los resultados de esta encuesta demuestran que existe una importante variedad en la percepción y en el tratamiento de la DCE por parte de los cardiólogos intervencionistas de nuestro país.

Contrariamente al perfil clásico de mujer joven en edad fértil, los datos epidemiológicos contemporáneos de la DCE definen el perfil más frecuente como una mujer de unos 50 años, perimenopáusica, con algún factor de riesgo<sup>2</sup>.

Por otro lado, la familiarización con la manifestación angiográfica de esta afección ha facilitado su diagnóstico y ha disminuido el uso de imagen intracoronaria, técnica que tiene un riesgo asociado<sup>4</sup>.

En cuanto al intervalo de tiempo para la coronariografía de control, se ha visto que la mayoría de las DCE mejoran o se resuelven a partir del mes; sin embargo, esperar más tiempo es seguro y puede mejorar el rendimiento de esta segunda coronariografía<sup>2</sup>.

El porcentaje de manejo conservador informado en esta encuesta se sitúa por debajo del comunicado en otras series publicadas, lo que sería un dato positivo teniendo en cuenta la preferencia del tratamiento conservador para esta patología<sup>1</sup>. La elección de



**Figura 2.** Preguntas destacadas sobre el manejo poscrítico del paciente con disección coronaria espontánea tratado de manera conservadora. DCE: disección coronaria espontánea; ECG: electrocardiograma; IECA/ARA-II: inhibidor del enzima de conversión de la angiotensina/antagonista del receptor de la angiotensina II; TIMI: *Thrombolysis in Myocardial Infarction*.

monitorización prolongada para estos pacientes es una práctica coherente con el hecho de que los eventos recurrentes se concentran en la primera semana de convalecencia<sup>5</sup>. Finalmente, el predominante uso de bloqueadores beta es lógico considerando las potenciales ventajas de sus efectos y por ser los únicos fármacos de los que se dispone de algún grado de evidencia de protección frente a las recurrencias de DCE<sup>1</sup>.

A pesar de los recientes avances en el conocimiento sobre la patología y el manejo clínico de la DCE, todavía quedan por resolver algunas cuestiones clave en el manejo clínico de estos pacientes. La presente encuesta muestra un grado moderado de adopción de la evidencia y de las recomendaciones disponibles<sup>1,2</sup>, así como la falta de consenso en algunos aspectos. Para seguir avanzando es necesario un gran esfuerzo colectivo en la investigación sobre esta condición mediante colaboraciones y registros prospectivos.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los cardiólogos intervencionistas el tiempo dedicado a completar esta encuesta, así como el apoyo de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología para la realización de este trabajo. El primer autor recibió una beca de la Fundación Interhospitalaria Investigación Cardiovascular.

## MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000052>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Adlam D, Alfonso F, Maas A, Vrints C; Writing Committee. European Society of Cardiology, acute cardiovascular care association, SCAD study

group: a position paper on spontaneous coronary artery dissection. *Eur Heart J*. 2018;39:3353-3368.

- Macaya F, Salinas P, Gonzalo N, Fernández-Ortiz A, Macaya C, Escaned J. Spontaneous coronary artery dissection: contemporary aspects of diagnosis and patient management. *Open Heart*. 2018;5:e000884.
- Percepción y experiencia sobre la disección coronaria espontánea: encuesta a cardiólogos intervencionistas de España. 2018. Disponible en: <https://forms.gle/8aySBL03WxxbU88w9>. Consultado 3 Jun 2019.
- Macaya F, Salazar CH, Pérez-Vizcayno MJ, et al. Feasibility and Safety of Intracoronary Imaging for Diagnosing Spontaneous Coronary Artery Dissection. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2019;12:763-764.
- Waterbury TM, Tweet MS, Hayes SN, et al. Early Natural History of Spontaneous Coronary Artery Dissection. *Circ Cardiovasc Interv*. 2018;11:e006772.

## Prótesis valvular percutánea para tratar la anuloplastia tricuspídea fallida



### *Percutaneous valve-in-ring procedure for the management of failed tricuspid annuloplasty*

Luis Fernández González<sup>a,\*</sup>, Roberto Blanco Mata<sup>a</sup>, Koldobika García San Román<sup>a</sup>, Fernando Ballesteros Tejerizo<sup>b</sup>, Alejandro Rodríguez Ogando<sup>b</sup> y José Luis Zunzunegui Martínez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España

<sup>b</sup> Servicio de Cardiología Pediátrica y Servicio de Hemodinámica, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

## Sr. Editor:

Durante los últimos años se está empezando a tomar conciencia del impacto adverso de la insuficiencia tricuspídea en la morbilidad (empeoramiento de la calidad de vida, ingresos hospitalarios...) y en la mortalidad, con el consiguiente incremento del intervencionismo tanto quirúrgico como percutáneo sobre dicha válvula<sup>1,2</sup>. Desde el punto de vista quirúrgico, la técnica más utilizada para el tratamiento de la valvulopatía tricúspide es la reparación mediante anuloplastia para intentar reducir el tamaño del anillo y facilitar la coaptación de los velos, normalmente con anillos incompletos para respetar el sistema de conducción septal. Los resultados a corto plazo son satisfactorios en la mayoría de los casos, pero según las series hasta el 25% de los pacientes presentan insuficiencia moderada o grave a los 5 años. En general se trata de pacientes de gran complejidad, con múltiple comorbilidad y varias cirugías cardíacas previas, con el consiguiente riesgo quirúrgico, por lo que el desarrollo de las técnicas de intervencionismo percutáneo puede ser un gran aliado al respecto.

En la actualidad, la mayor experiencia en el tratamiento percutáneo tricuspídeo se tiene en la disfunción protésica tricuspídea

mediante procedimientos *valve-in-valve*, con buenos resultados. En cuanto al implante percutáneo de bioprótesis sobre anillos disfuncionantes, suelen ser procedimientos que conllevan una serie de dificultades debido a la gran heterogeneidad de tamaño, forma o rigidez de los anillos. En muchos casos se trata de anillos incompletos, lo que dificulta la correcta adaptabilidad de una prótesis y hace que con frecuencia aparezca insuficiencia paravalvular. Se requiere, por tanto, una correcta planificación del caso, para lo cual las técnicas de imagen son una herramienta imprescindible para obtener un resultado adecuado. Sin embargo, se trata de procedimientos *de uso compasivo* con una experiencia reportada que se reduce a casos aislados o pequeñas series<sup>3-5</sup>.

Presentamos la experiencia inicial en 2 centros distintos con 2 casos de implante percutáneo tricuspídeo con 2 de las prótesis más utilizadas para el tratamiento de la valvulopatía tanto aórtica como pulmonar: la Edwards Sapiens XT (Edwards Lifesciences, Irvine, California, Estados Unidos) y la Melody (Medtronic, Minneapolis, Estados Unidos).

El primer caso se trata de una mujer de 19 años, portadora de trasplante cardíaco de 10 años de evolución, con anuloplastia

\* Autor para correspondencia: Unidad de Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario de Cruces, Plaza Cruces s/n, 48903 Baracaldo, Vizcaya, España.

Correo electrónico: [luisfg82@hotmail.com](mailto:luisfg82@hotmail.com) (L. Fernández González).

Online: 06-08-2019

Full English text available from: [www.recintervcardiol.org/en](http://www.recintervcardiol.org/en).

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000052>

2604-7306 / © 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.