
DISECCION CORONARIA ESPONTANEA

Cynthia Vanesa Aragüés Sotomayor, Vanina Lorena Bastacini, María Soledad Bordón,
Dr. Adolfo G. López Campanher

Resumen

Describiremos un caso de Disección Espontánea del Tronco Coronario Izquierdo en una mujer de 34 años, hipertensa, con antecedentes familiares para enfermedad coronaria.

La presentación clínica fue un cuadro de Infarto Agudo de Miocardio anterolateral. La coronariografía evidenció una disección del tronco coronario izquierdo que se extiende a la arteria descendente anterior y trombo en descendente anterior distal.

Se optó por tratamiento quirúrgico (revascularización miocárdica) con evolución favorable.

Exponemos y discutimos las consideraciones clínicas, diagnósticas y terapéuticas de esta rara afección.

Palabras Claves: infarto agudo de miocardio, mujeres, coronariografía, revascularización miocárdica.

Summary

We report a case of spontaneous dissection of left coronary artery in a woman of 34 years old. Her only risk factor for coronary artery disease was hypertension.

The manifestation of this entity was as anterolateral myocardial infarction.

The coronary arteriography showed dissection of the left main coronary artery which was extended to the descent artery and an image of thrombus in that artery.

By pass surgery was chosen as treatment. The patient had a good evolution.

We expose and analyse the clinical Manifestations, diagnosis and treatment of this rare affection

Key Words: women, coronaryangiography, acute myocardial infarction, surgical revascularization.

Introducción

La disección coronaria espontánea es una causa grave e infrecuente de síndrome coronario agudo¹⁻². Suele afectar más a menudo en mujeres jóvenes, siendo la arteria descendente anterior la más frecuentemente comprometida, seguida del tronco coronario izquierdo.

La etiología permanece incierta y la mayoría de los autores coinciden en clasificar a los pacientes en tres grupos:

Aquellos asociados con enfermedad coronaria aterosclerótica, los casos relacionados con el embarazo y periodo post parto, y aquellos sin causa identificable³⁻⁴. La presentación clínica habitual es la muerte súbita o infarto agudo de miocardio por lo que la mayoría de las veces el diagnóstico se establece mediante la autopsia o la coronariografía, siendo raro que se manifieste por un cuadro de angina prolongada⁵.

Las estrategias terapéuticas en estos enfermos no están claras, algunos casos parecen evolucionar adecuadamente con tratamiento médico, aunque la mayoría de los autores son partidarios del tratamiento quirúrgico⁶⁻⁷.

Caso Clínico

Se trata de una mujer de 34 años de edad, hipertensa desde el año 1990 aproximadamente, no tratada, con antecedentes familiares para enfermedad coronaria.

Como único antecedente ginecológico refiere aborto espontáneo.

El 21/02/2000 acude a emergencias sintomática por angor típico de clase funcional IV, 10/10 de intensidad, sin irradiación que no cede con el reposo.

Se realiza electrocardiograma que mostró supradesnivel del segmento ST en derivaciones que exploran la cara anterolateral por lo que se interpreta el cuadro como síndrome coronario agudo con elevación del ST (infarto agudo de miocardio anterolateral). La paciente es derivada desde su localidad a otro nosocomio de mayor complejidad para mejor control y tratamiento.

El 22/02/00 arriba al centro ya habiendo transcurrido más de 12 horas del inicio del cuadro por lo que no se infunde terapia trombolítica. Se realiza ECG que muestra supradesnivel del segmento ST en cara anterolateral (Ver figura N°1), permaneciendo la paciente con dolor precordial típico.

Al examen físico, se encontraba taquicárdica, taquipneica, con soplo sistólico en foco mitral, con ingurgitación yugular y rales crepitantes bibasales.

En la radiografía de tórax se observaban signos de congestión pulmonar (Ver figura N°2) y se constataron enzimas cardíacas en rango de infarto de miocardio.

Interpretado el cuadro como Infarto agudo de miocardio PI KKB (complicado con insuficiencia Cardíaca) se decide realización coronariografía. La misma reveló estenosis severa del tronco de arteria coronaria izquierda con imagen de disección que se extendía a la descendente anterior, estenosis severa con trombo en arteria descendente anterior en su porción distal con función sistólica ventricular izquierda con deterioro moderado.

Se decide no angioplastiar. Se coloca catéter de Swan Ganz que muestra presiones capilares elevadas por lo que se realiza balance ne-

gativo lográndose su compensación hemodinámica. Permanece anticoagulada con heparina sódica EV cediendo el dolor con nitroglicerina EV. Se decide conducta quirúrgica por lo que debido a las características angiográficas de las lesiones coronarias se inicia tratamiento con acenocumarol.

El primer día de internación se realiza ecocardiograma bidimensional que muestra deterioro leve de la función sistólica del ventrículo izquierdo. Akinesia apical.

El tercer día luego de buena evolución, estable pasa a sala general en espera de cirugía de revascularización suspendiéndose anticoagulación oral y reiniciándose heparina sódica EV hasta la cirugía.

En el undécimo día de internación se realiza cirugía de revascularización miocárdica realizándose Puente Venoso a Descendente anterior distal, Puente mamario a primera diagonal y puente venoso a arteria circunfleja, realizándose el acto quirúrgico sin circulación extracorpórea.

En el decimotercer día de internación se reinicia acenocumarol hasta descartar trombofilia, pasando el día siguiente a sala general.

En el decimosexto día de internación se realiza nuevo ecocardiograma de control que muestra Fey de 30% con múltiples áreas de aquinesia., evoluciona favorablemente por lo que ese mismo día se decide alta médica medicada con: aspirina 100 mg/d, carvedilol 6.25 mg c/12 hs, y acenocumarol 12 mg a la semana.

Discusión

Se ha definido a la Disección Coronaria como la presencia de una doble luz en el interior de la arteria coronaria separada por una línea radioluciente correspondiente al flap intimal⁸.

La disección coronaria es un proceso que puede ser desencadenado de forma primaria (espontánea) o secundaria a traumatismos torácicos, iatrogénica (cateterismos diagnósticos o terapéuticos), disección aórtica o cirugía cardíaca.

La disección coronaria fue descrita por primera vez en 1931, desde entonces se han descrito 150 casos, la mayoría de ellos en mujeres, la edad media es de 40 años y ocurre habitualmente en el tercer trimestre del embarazo o inmediatamente después del parto⁹.

La arteria descendente anterior es la que se disecciona con mayor frecuencia en las mujeres mientras que en los varones es la arteria coronaria derecha.

Estos datos coinciden con nuestro caso en que se trata de una mujer joven con disección de la arteria coronaria izquierda.

No existe una explicación clara de la fisiopatología, se especula que ocurre en mujeres

durante el embarazo o el puerperio debido a que se producen cambios humorales que dan lugar a alteraciones en las proteínas y mucopolisacáridos localizados en la media de las arterias sistémicas, provocando una degeneración de las fibras de colágeno¹⁰.

Otros autores creen que el daño vascular podría ser ocasionado por un proceso inflamatorio caracterizado por infiltrados eosinofílicos en la pared arterial. Otros consideran, que primero se produce un daño mecánico en la pared arterial, seguido de una reacción inflamatoria.

Hay circunstancias que pueden provocar el desarrollo de la disección coronaria, como la enfermedad aterosclerótica, traumatismos torácicos, anticonceptivos orales, síndrome de Marfan, enfermedad de Kawasaki, Lupus Eritematoso Sistémico⁶⁻¹¹. Nuestra paciente presenta como único factor de riesgo hipertensión arterial.

Las manifestaciones clínicas pueden abarcar todo el espectro de la cardiopatía isquémica, siendo las más usuales la muerte súbita y el infarto agudo de miocardio. El diagnóstico se realiza mediante la coronariografía, el signo característico es la aparición de una línea radioluciente que separa la falsa luz de la verdadera luz, siendo esa línea la capa íntima y la parte de la media arteria, puede haber compresión de la luz verdadera resultando en cambios de calibre del vaso o incluso en verdaderas estenosis.

El ecocardiograma transesofágico junto con el doppler color permite una mejor visualización de los segmentos proximales de las arterias coronarias con una alta sensibilidad para la detección de su origen normal en aorta.

Varios estudios han demostrado la gran utilidad de esta técnica para identificar el origen, curso y relación con los grandes vasos de las arterias coronarias anormales por lo que probablemente sería también superior al ecocardiograma transtorácico en la detección de la disección proximal de alguna arteria coronaria¹².

Se han recomendado diferentes técnicas terapéuticas:

Con el tratamiento médico se han obtenido excelentes resultados en aquellos pacientes asintomáticos con una disección no oclusiva y un buen flujo distal.

El empleo de los trombolíticos cuando la disección coronaria produce un infarto agudo de miocardio puede inducir una mayor progresión de la disección coronaria por expansión del hematoma intramural^{6,7,13}.

La angioplastia coronaria con implantación primaria de stent, el mismo se coloca habitualmente en el punto de entrada de la disección para que posteriormente se oblitere la fal-

sa luz. Generalmente los resultados suelen ser excelentes, con una baja tasa de complicaciones^{14,15,16,17}. Esta alternativa terapéutica estaría indicada en pacientes con enfermedad sintomática de un vaso, mientras que los enfermos con afectación del tronco o disección en varios territorios vasculares o con un gran miocardio en riesgo deberían ser revascularizados quirúrgicamente^{7,14,16}.

Nuestra paciente fue sometida a revascularización quirúrgica con evolución favorable siendo dada de alta al tercer día de su postoperatorio.

Conclusión

La disección coronaria espontánea es una rara afección, que debuta como infarto agudo de miocardio o muerte súbita.

La disección coronaria espontánea debe ser sospechada ante toda mujer joven que este cursando su tercer trimestre de embarazo, puerperio o con antecedentes de ingesta de anticonceptivos orales, que concurre a la consulta por dolor precordial y que se le diagnostica síndrome coronario agudo.

El diagnóstico temprano implica un mejor pronóstico. El método diagnóstico de elección es la coronariografía. El tratamiento de elección depende del grado de afectación del árbol

Fig. N° 1

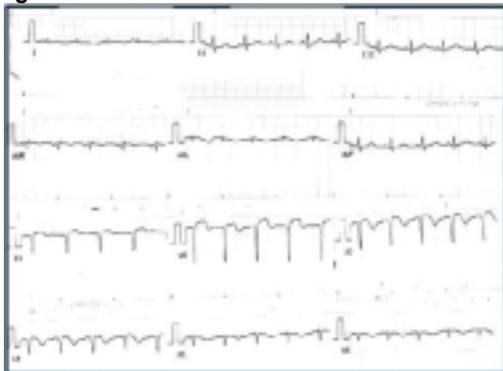


Fig N°2



BIBLIOGRAFIA

1. Demaio S, Kinsella SH, Silverman ME. Clinical course and long term prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Am J Cardiol* 1989, 64: 471-4.
2. Zanpieri P, Roncon L, Canova C, et al. Follow-up after spontaneous coronary artery dissection. A report of five cases. *Heart* 1996, 75: 206-9.
3. Jorgensen MB, Ahoronian V, Mansukhani P, Mahrer PR. Spontaneous coronary dissection: a cluster of cases with this rare finding. *Am Heart J* 1994, 127: 1.382-7
4. Acala J, Romero JA, González-Gay JM, Ramírez JA, et al. Disección coronaria espontánea postparto. *Rev Esp Cardiol* 1998, 51: 844-6
5. Mark D, Kong Y, Whalen R. Variant angina and spontaneous coronary artery dissection. *Am J Cardiol* 1985, 56: 485-486.
6. Atay Y, Tahir Y, Altintig A, Büket S. Spontaneous dissection of the left main coronary artery: a case report and review of the literature. *J Card Surg* 1996, 11: 371-5.
7. Klutstein MW, Tzivoni D, Bitran D, Ilan M. Treatment of spontaneous coronary artery dissection: report of three cases. *Catet Cardiovasc Diagn* 1997, 40: 372-6.
8. De Maio S, Kinsella S, Silverman ME. Clinical course and long term prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Am J Cardiol* 1989, 64:471-4.
9. Koul AK, Hollander G, Moskovits N y col. Coronary artery dissection during pregnancy and the postpartum period. *Cathet Cardiovasc Intervent* 2001, 52:88-94.
10. Borezuk AC, Van Hoeven KH, Factor SM. Review and hypothesis: the eosinophil and peripartum heart disease. *Cardiovasc Res* 1997, 33:527-32.
11. Koga T, Sakamoto A, Nakamura Y, Kawazoe N, Onoyama K, et al. Circumferential spontaneous coronary artery dissection in an elderly man. *Angiology* 1998, 49: 84-6
12. Vicente T, Pinar E, Pérez-Lorente F, López Candel J, Picó F et al. Utilidad de la ecografía transtorácica en el diagnóstico de anomalías coronarias. *Rev Esp Cardiol* 1996, 49: 657-662.
13. Alcalá J, Romero JA, Ramírez JA, González-Gay JM, Díaz JF, Melgares R et al. Disección coronaria espontánea postparto. *Rev Esp Cardiol* 1998, 51: 844-6.
14. Ortiz de Murua JA, Zuazola P, García-Robayna H, Avila MC, Villafranca JL, et al. Infarto agudo de miocardio postparto: papel de la metil ergometrina en su etiopatogenia. *Rev Esp Cardiol* 1994, 47: 336-8.
15. Kapoor A, Sinsha N. Spontaneous coronary artery dissection: successful results. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1997, 42: 356.
16. Longheval G, Badot V, Cosyns B. Spontaneous coronary artery dissection: favourable outcome illustrated by angiographic data. *Clin Cardiol* 1999,22: 374-5.
17. Fish RD, Clinico-pathologic conference. A 37-year-old woman with angina pectoris. *Circulation* 1994, 89: 898-908.