

Fig. 1. Coronariografía y ecografía intracoronaria realizada 48 h tras el ingreso. Se observa disección y hematoma intramural que abarca desde descendente anterior media hasta tronco común proximal.

nario agudo y muerte súbita que afecta predominantemente a pacientes jóvenes previamente sanos. La etiología permanece incierta, y la escasa evidencia sobre su tratamiento se basa en descripción de casos clínicos y análisis retrospectivos.

Presentamos el caso de una mujer de 36 años, sin factores de riesgo cardiovascular ni otros antecedentes, que consulta por dolor torácico de 1 h de evolución y presenta en el ECG realizado por el servicio de urgencias extrahospitalario ascenso del ST en I y aVL, descenso especular en cara inferior y ondas T hiperagudas en V4-V6. Tras tratamiento antiagregante, anticoagulante y con nitratos, se normaliza el ascenso del ST, y llega asintomática al hospital. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) estaba severamente deprimida (30%) debido a una amplia acinesia anterolateral. La coronariografía programada 48 h después mostró coronarias sin lesiones aterosclerosas, con ligera pérdida de calibre en los tercios proximal y medio de la arteria descendente anterior (DA). En el estudio con ecografía intracoronaria, se pudo observar una imagen de disección y hematoma intramural que afecta a la DA (área luminal mínima, 3,78 mm²) y al tronco coronario izquierdo (TCI) (área luminal mínima, 7,5 mm²) (fig. 1). No se observó imagen de rotura intimal. Dada la estabilidad de la paciente y el flujo TIMI III, se optó por adoptar una actitud expectante continuando el tratamiento médico y la vigilancia hospitalaria con seguimiento angiográfico en unos días. La coronariografía y el IVUS realizado 18 días después mostraron la reabsorción del hematoma intramural y el sellado de la disección en DA y TCI (fig. 2). La ecocardiografía previa al alta mostró una normalización de la FEVI y de la contractilidad en las regiones previamente afectadas, excepto una leve hipocinesia apical. Los estudios hormonal, autoinmunitario y gestacional resultaron negativos.

La DCE se ha descrito en más de 250 casos, frecuentemente en mujeres jóvenes (80%) embarazadas en período

Manejo conservador en la disección coronaria espontánea del tronco común izquierdo

Sr. Editor:

La disección coronaria espontánea (DCE) es una causa rara, probablemente infradiagnosticada, de síndrome coro-

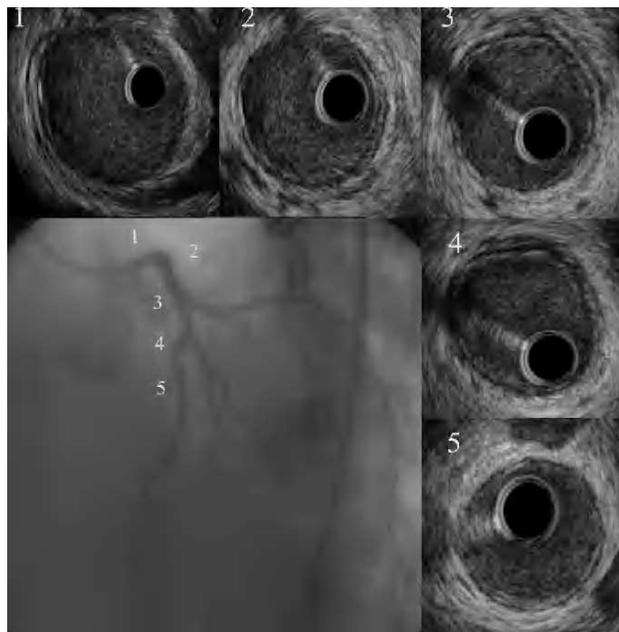


Fig. 2. Coronariografía y ecografía intracoronaria, realizadas 18 días tras el ingreso, que muestran el sellado espontáneo de la disección y la reabsorción del hematoma intramural.

periparto o en relación con uso de anticonceptivos. Es indudable que la incidencia está subestimada, debido a falsos negativos de la coronariografía, el sellado espontáneo de la disección y la presentación como muerte súbita. La muerte súbita es una forma frecuente de manifestación en que el diagnóstico queda a expensas de la autopsia. Los supervivientes pueden presentar angina o infarto de miocardio, que afecta más frecuentemente a la coronaria izquierda, aunque se ha descrito simultáneamente en múltiples vasos y en el tronco común en el 20% de los casos¹⁻³.

La etiología y la patogenia son poco conocidas. En ausencia de rotura intimal, se ha propuesto el sangrado de los vasa vasorum y la posterior hemorragia en la media como un posible mecanismo subyacente. La expansión del hematoma y de la falsa luz comprime la luz verdadera y conduce a la isquemia miocárdica. Se han descrito infiltrados inflamatorios periadventiciales eosinofílicos y necrosis quística de la media en algunos casos⁴. La propagación de la disección puede ocluir ramas importantes y formar pseudoaneurismas.

No hay un tratamiento óptimo definido para la DCE y el limitado número de pacientes hace que no se pueda sacar conclusiones definitivas. Los pacientes estables con disecciones limitadas suelen tener sellado espontáneo y una evolución favorable a largo plazo con tratamiento conservador. Se ha evitado el uso de trombolíticos como tratamiento de primera línea debido a la posibilidad de extender la disección. Aunque se ha recomendado la cirugía en las disecciones que afectan al TCI, sus limitaciones son la dificultad para encontrar la luz verdadera y una mortalidad no despreciable⁵. También se han descrito disecciones espontáneas de TCI tratadas mediante *stents*, con resultados favorables⁶. Sin embargo, la dificultad para avanzar la guía en la luz verdadera, la progresión proximal y distal de la disección y el cierre agudo del vaso pueden ser complicaciones del procedimiento.

La ecografía intracoronaria fue en nuestro caso fundamental, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento. La opción hacia un manejo conservador se tomó por la estabilidad de la paciente en las 48 h previas, el flujo TIMI adecuado y la ausencia de rotura intimal y estenosis severa en el tronco.

Aunque es frecuente una nueva disección en la misma u otra coronaria en los meses siguientes al evento inicial, los pacientes que sobreviven al ingreso tienen un buen pronóstico a largo plazo⁷. Nuestra paciente ha permanecido asintomática durante los 6 meses transcurridos desde el ingreso.

José A. Hurtado-Martínez, Sergio Manzano-Fernández, Eduardo Pinar-Bermúdez y Mariano Valdés-Chávarri

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almela F, Barkatullah S, Kavinsky C. Spontaneous coronary artery dissection. *Clin Cardiol.* 2004;27:377-80.
2. Jorgensen MB, Aharonian V, Mansukhani P, Mahrer PR. Spontaneous coronary dissection: a cluster of cases with this rare finding. *Am Heart J.* 1994;127:1382-7.
3. Kamineni R, Sadhu A, Alpert J. Spontaneous coronary artery dissection: Report of two cases and a 50-year review of the literature. *Cardiol Rev.* 2002;10:279-84.
4. Conraads VM, Vorlat A, Colpaert CG, Rodrigus IE, De Paep RJ, Mouljn AC, et al. Spontaneous dissection of three major coronary arteries subsequent to cystic medial necrosis. *Chest.* 1999;116:1473-5.
5. Elming H, Kober L. Spontaneous coronary artery dissection. Case report and literature review. *Scand Cardiovasc J.* 1999;33:175-9.
6. Di Valentino M, Pedrazzini G, Gallino A. Disección coronaria posparto. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:67.
7. Cripps TR, Morgan JM, Rickards AF. Outcome of extensive coronary artery dissection during coronary angioplasty. *Br Heart J.* 1991;66:3-6.