

Tomografía de coherencia óptica en la disección coronaria espontánea y en las complicaciones derivadas de su tratamiento percutáneo

Optical Coherence Tomography in Spontaneous Coronary Dissection and in the Complications Following Percutaneous Treatment

Sra. Editora:

Varón de 53 años que, tras haber abandonado recientemente su triple terapia antihipertensiva, es remitido desde el centro de salud por un primer episodio de angina de reposo, coincidente con un aumento significativo de la presión arterial (180/100 mmHg) y acompañado de un descenso difuso y transitorio del segmento ST. En la coronariografía se observó unafilamiento del segmento proximal-medio del ramo mediano que no se modificó con nitroglicerina intracoronaria (fig. 1A). Sospechando una disección coronaria espontánea (DCE), se evaluó este vaso con tomografía de coherencia óptica (OCT) tras administrar 85 UI/kg de heparina no fraccionada, confirmandose así la presencia de una rotura focal de la íntima (fig. 1Aa) con una imagen de doble luz a nivel proximal (fig. 1Ab) y un hematoma intramural suboclusivo a nivel más distal (fig. 1Ac).

Considerando que había sufrido varios episodios similares al del ingreso estando en tratamiento médico optimizado (ácido acetilsalicílico, clopidogrel, fondaparinux, bloqueadores beta y nitroglicerina), el aumento de troponina I detectado (11 ng/ml) y el buen calibre del ramo mediano, se decidió revascularizarlo

percutáneamente con un *stent* directo farmacoactivo (3 × 38 mm a 14 atm) que cubriese por completo el hematoma y la rotura de la íntima (fig. 1B). Con ayuda de la OCT, se comprobó que el sellado y la aposición de este *stent* fueran adecuados (fig. 1Ba), si bien también se demostró la progresión distal de la disección, que condicionaba una importante obstrucción del vaso (fig. 1Bb), así como la posición distal de nuestra guía en la falsa luz (fig. 1Bc). Tras recolocar la guía en la luz verdadera (fig. 1Bd), se solapó distalmente un segundo *stent* farmacoactivo.

En las angiografías posteriores comenzó a observarse una progresión proximal del hematoma que originó una grave reducción luminal en los *ostium* del ramo mediano y la circunfleja (figs. 2A y Aa) y requirió implantar dos *stents* farmacoactivos (figs. 2Ab y Ac).

Finalmente se comprobó el satisfactorio resultado angiográfico del intervencionismo (fig. 2B) visualizando con OCT la adecuada posición de los *stents* a nivel ostial, sin protruir en el tronco, y que la disección no hubiera progresado a este (fig. 2Ba) y a la descendente anterior (fig. 2Bb). El paciente fue dado de alta sin nuevas complicaciones.

Desde nuestro punto de vista, el caso y su evolución presentan varios aspectos que destacar. En primer lugar, aunque la DCE clásicamente se ha descrito en mujeres jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular no se debe olvidar que también puede afectar (hasta un 20-30% de los casos) a varones de mediana edad^{1,2}. Su fisiopatología (no aclarada) se ha atribuido a la formación de un hematoma intramural con origen en procesos inflamatorios ateroscleróticos, rotura de *vasa vasorum* o cambios vasculares surgidos durante el embarazo². Sin embargo, es muy probable que en nuestro paciente –en ausencia de otros factores de riesgo

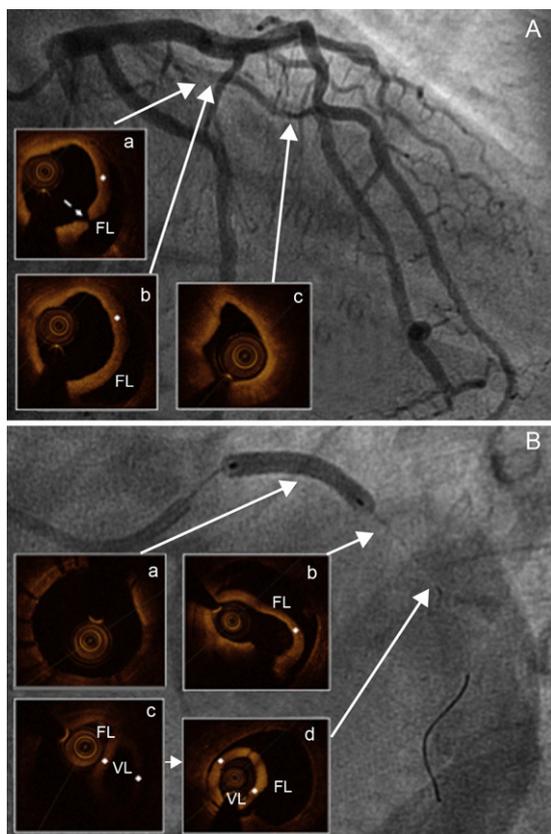


Figura 1. A: estrechamiento difuso de la luz en el segmento proximal-medio del ramo mediano; rotura focal de la íntima (a, flecha discontinua), con *flap* intimal (+) separando la falsa luz (b) y hematoma intramural distal suboclusivo (c). B: implante del *stent* en ramo mediano (a), complicado por expansión distal de la disección (b), que requirió un segundo *stent* tras recolocar la guía en la verdadera luz (c y d). FL: falsa luz; VL: verdadera luz.

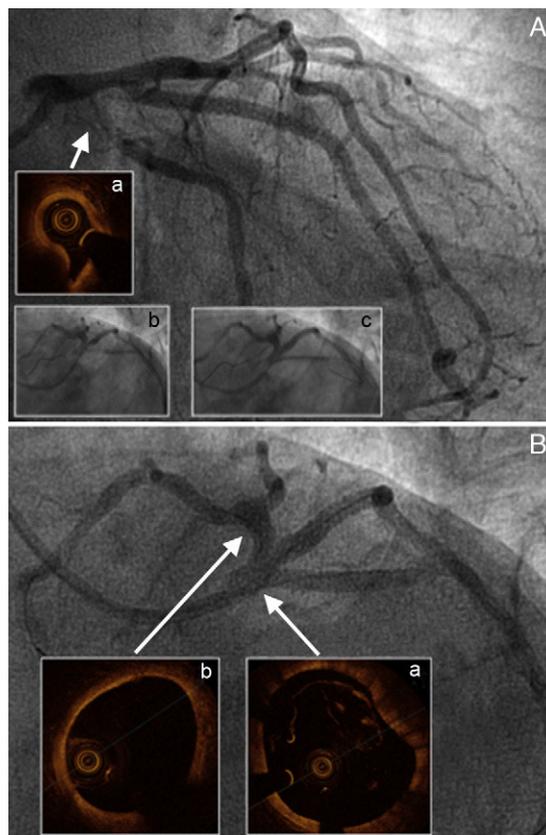


Figura 2. A: *ostium* del ramo mediano y de la circunfleja afectados, con gran disminución de la luz de esta por compresión del hematoma (a); implante de *stents* a ambos niveles (b y c). B: angiografía final sin compromiso de luz y flujo en la coronaria izquierda ni imágenes de disección en el tronco (a) y la descendente anterior (b).

cardiovascular, lesiones ateroscleróticas obstructivas, antecedentes familiares o conectivopatías- tuviera el papel determinante el estrés parietal ocasionado por el mal control de su presión arterial.

En segundo lugar, el caso ejemplifica la dificultad del tratamiento percutáneo de la DCE. Como se ha mostrado, no está exento de complicaciones debido a la frecuente expansión proximal y distal del hematoma, lo que conlleva el riesgo de tener que implantar un número de *stents* mayor que el previsto. Dado que su pronóstico habitualmente es favorable, se recomienda tratamiento médico, salvo inestabilidad clínica y/o hemodinámica, vasos de gran calibre o reducción significativa del flujo distal^{2,3}.

Además, se refuerza el valor de la OCT para el diagnóstico y el tratamiento de la DCE. Hasta la realización habitual de coronariografías, la incidencia real de la DCE ha estado subestimada², y sin la ayuda de las técnicas de diagnóstico intracoronario (OCT o ecografía intravascular), lo continuará estando¹. Si bien la imagen angiográfica típica de DCE es la de un *flap* con dos o más luces, en muchas ocasiones tan sólo se observa un estrechamiento de la luz que se podría malinterpretar como lesión aterosclerótica, en especial si la presentación clínica no hace sospechar una DCE, lo que motiva errores en el manejo del paciente. Aunque la OCT no siempre logra identificar una rotura intimal, sí detecta el *flap* intimal y permite así la visualización de las dos luces; como en ocasiones están ocupadas por trombo¹, esto podría justificar la ausencia de imágenes de doble luz en las angiografías.

Por último, en caso de tratamiento percutáneo, nuevamente consideramos fundamental la ayuda de estas técnicas. Además de valorar la extensión de la DCE para intentar ajustar la longitud y el diámetro del *stent* que se va a implantar, permiten confirmar la correcta posición de la guía de angioplastia en la verdadera luz pues, como se observa, no es infrecuente que avance por la propia disección. En caso de complicaciones, son básicas para identi-

ficarlas precozmente y su adecuada resolución, y para valorar el correcto resultado final en cuanto a sellado de la disección y la expansión y la aposición del *stent*.

FINANCIACIÓN

El Dr. Juan Ruiz-García agradece la ayuda económica recibida de la Sociedad Española de Cardiología a través de la Beca de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista para la Formación en Investigación Post Residencia del año 2011.

Juan Ruiz-García^{a,b,*}, Santiago Jiménez-Valero^a, Pablo Salinas^a, Ángel Sánchez-Recalde^a, Guillermo Galeote^a y Raúl Moreno^a

^aSección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de Los Reyes, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: j.ruizgarcia@hotmail.com (J. Ruiz-García).

On-line el 5 de agosto de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso F, Paulo M, Gonzalo N, Dutary J, Jiménez-Quevedo P, Lennie V, et al. Diagnosis of spontaneous coronary artery dissection by optical coherence tomography. *J Am Coll Cardiol*. 2012;59:1073-9.
2. Vrints CJ. Spontaneous coronary artery dissection. *Heart*. 2010;96:801-8.
3. Adlam D, Cuculi F, Lim C, Banning A. Management of spontaneous coronary artery dissection in the primary percutaneous coronary intervention era. *J Invasive Cardiol*. 2010;22:549-53.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.05.011>