

arteria descendente anterior (figs. 2A y B), que se disponía por fuera de la elástica externa (figs. 2C y D) llegó a romper la pared del vaso (fig. 2C, flecha). No se apreciaron placas de ateroma.

El tratamiento óptimo de la disección coronaria espontánea no está bien definido. El tratamiento médico conservador ha sido eficaz en casos asintomáticos sin isquemia residual y criterios de estabilidad hemodinámica. El intervencionismo coronario con *stent* se ha usado en disecciones localizadas², mientras que la cirugía se ha considerado para los casos que implican el tronco coronario o con afección multivaso^{1,3}. El papel de la fibrinólisis es controvertido: se podría esperar un efecto favorable al disolver el hematoma intramural⁵. Sin embargo el mismo tratamiento podría extender la disección⁶, con el consiguiente aumento del riesgo de rotura coronaria hacia el pericardio. La reperfusión precoz es el tratamiento de elección del SCA con elevación del ST (SCACEST). El papel de la fibrinólisis tiene el respaldo de las guías de práctica clínica, sobre todo cuando se realiza muy precozmente o se demora la realización de una angioplastia primaria, siendo todavía el tratamiento de reperfusión más usado. De cualquier forma, un SCACEST en una mujer joven sin FRCV debería hacernos sopesar individualizadamente la realización de coronariografía, aun a costa de prolongar discretamente los tiempos de reperfusión, para evitar complicaciones del tratamiento fibrinolítico.

Hemos comunicado este caso en primer lugar por su presentación excepcional, tanto por aparecer en una mujer de mediana edad con FRCV (hipertensión arterial y obesidad) como por la aparición de un hemopericardio secundario a rotura coronaria que, desde el caso inicial descrito por Pretty en 1931², sería el cuarto caso comunicado^{3,4}. En cuanto a la aparición del hemopericardio, pensamos que el tratamiento fibrinolítico fue fundamental en su aparición. En segundo lugar, consideramos que la realización de necropsias, muy infrutilizadas en nuestro

medio, debería incrementarse para complementar la labor del clínico en la confirmación etiológica, como ocurrió en el caso que presentamos.

Rafael J. Hidalgo-Urbano^a, Manuel Almendro-Delia^{a,*} y José L. Villar-Rodríguez^b

^aUnidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

^bDepartamento de Anatomía Patológica, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: almendrode@secardiologia.es (M. Almendro-Delia).

On-line el 13 de abril de 2011

BIBLIOGRAFÍA

- Berenguer A, Mainar V, Bordes P, Valencia J, Arrarte V. Disección espontánea de arterias coronarias como causa infrecuente de síndromes coronarios agudos. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56:1017-21.
- Pretty HC. Dissection aneurysm of a coronary artery in a woman aged 42: Rupture. *Br Med J.* 1931;1:667.
- Badmanaban B, McCarty D, Mole DJ, McKeown P, Sarsam MAI. Spontaneous coronary artery dissection presenting as cardiac tamponade. *Ann Thorac Surg.* 2002;73:1324-6.
- Hayes CR, Lewis D. Spontaneous coronary artery dissection of the left circumflex artery causing cardiac tamponade and presenting with atrial fibrillation: A case report and Review of the literature. *Angiology.* 2007;58:630-5.
- McCann AB, Whitbourn RJ. Spontaneous coronary artery dissection: a review of the etiology and available treatment options. *Heart Vessels.* 2009;24:463-5.
- Buys EM, Suttorp MJ, Morshuis WJ, Plokker HW. Extension of spontaneous coronary dissection due to thrombolytic therapy. *Cathet Cardiovasc Diagn.* 1994;33:157-60.

doi:10.1016/j.recesp.2010.11.012

Trombosis de dispositivo durante el cierre percutáneo de foramen oval permeable

Device Thrombosis During the Percutaneous Closure of a Patent Foramen Ovale

Sra. Editora:

Mujer de 58 años con antecedentes de aneurisma cerebral embolizado 1 año antes, sin factores de riesgo cardiovascular, había sido ingresada con clínica de afasia y hemiparesia por infarto cerebral en territorio de arteria cerebral media izquierda. Por ecocardiograma transtorácico con suero, se demostró paso moderado de microcavitaciones a aurícula izquierda, con septo interauricular íntegro, sin anomalías estructurales. En el ecocardiograma transesofágico (ETE), se observaba una membrana hiper móvil a nivel de la fosa oval, abombando > 11 mm, despegada en segmentos anteriores, y válvula de Eustaquio prominente que dirigía el flujo hacia ella. Se remitió a la paciente para cierre percutáneo de foramen oval permeable (FOP) en tratamiento con 300 mg de ácido acetilsalicílico. Antes del procedimiento recibió 6.000 UI de heparina no fraccionada y, con anestesia general y abordaje femoral derecho guiado por ETE (antes y durante la aposición y liberación del ocluser), se implantó un dispositivo Amplatzer de 35 mm, en un procedimiento breve y sin complicaciones iniciales. Tras la liberación del dispositivo, se observó en la cara auricular izquierda una imagen filiforme hiper móvil (fig. 1) que correspondería a un trombo, sin provocar mala aposición de los discos. Se administraron 7.500 UI de

heparina no fraccionada adicionales y se instauró tratamiento con 100 mg de ácido acetilsalicílico, 75 mg de clopidogrel y enoxaparina a dosis terapéuticas. Permaneció ingresada 1 semana, sin nuevos síntomas neurológicos ni eventos hemorrágicos asociados al tratamiento; se demostró por ETE la ausencia de trombos y el correcto funcionamiento del ocluser (fig. 2). Dados el antecedente de aneurisma cerebral y la estrecha relación entre

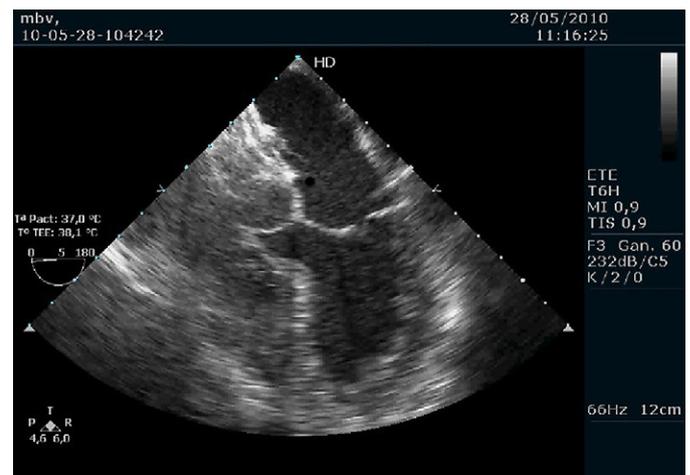


Figura 1. Imagen filiforme en cara auricular del disco izquierdo que correspondería a un trombo.



Figura 2. Buena aposición de dispositivo de doble disco, sin imagen de trombo.

trombosis y procedimiento, fue dada de alta solamente con doble antiagregación. El control clínico a los 4 meses era satisfactorio.

La prevalencia de FOP en pacientes con historia de eventos cerebrovasculares va del 20 al 40%, y la tasa anual estimada de ictus recurrente entre pacientes con FOP varía del 1,5 al 12% según la población estudiada¹. El tratamiento óptimo para la prevención de eventos cerebrovasculares en pacientes con FOP no se ha identificado. Las guías de práctica clínica de ámbito internacional recomiendan tratamiento con antiagregantes plaquetarios para pacientes con ictus isquémico o ataque isquémico transitorio y FOP, aunque en otras situaciones (p. ej., fibrilación auricular) podría estar indicado un anticoagulante: «[...] no existen datos suficientes [...] en relación con el uso de dispositivos de cierre percutáneo de FOP en pacientes con un primer ictus; se podría considerar esta estrategia para aquellos pacientes con ictus criptogénicos de repetición a pesar de tratamiento médico»^{2,3}.

Durante el cierre percutáneo de FOP, la trombosis del dispositivo tiene una incidencia total pequeña y variable en función de las series, aunque depende del tipo de ocluser que se utilice. En la serie de Krumsdorf⁴ (con 1.000 pacientes [593 FOP y

407 defectos septales auriculares] y ETE durante el procedimiento y durante el seguimiento a las 4 semanas), la tasa total fue del 6%. No observaron trombos por ETE a las 4 semanas en 292 ocluseres Amplatzer, 1 (1%) de 161 dispositivos Helex, 3 (7%) de 127 PFO-Star y 7 (7%) de 100 CardioSEAL. Aunque con baja incidencia, los predictores con asociación más firme a la formación de trombos fueron la presencia de fibrilación auricular persistente y el ASA. En cuanto al tratamiento médico con una combinación de aspirina + clopidogrel, no hallaron beneficio frente a la profilaxis de trombosis en el grupo que recibió solamente aspirina. En general, la resolución del trombo se consiguió con tratamiento médico en 17 de 20 pacientes entre 4 semanas y 6 meses después (warfarina y/o heparina); en 3 se realizó extracción quirúrgica del trombo.

Este caso ilustra la utilidad del ETE durante los procedimientos estructurales percutáneos, así como la necesidad de un tratamiento antiagregante y anticoagulante intensivo para evitar las complicaciones trombóticas.

Eduardo J. Lezcano*, José R. Ruiz e Isaac Lacambra

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: eduardo.lezcano@gmail.com (E.J. Lezcano).

On-line el 16 de marzo de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Meier B. Catheter-based closure of the patent foramen ovale. *Circulation*. 2009;120:1837-41.
2. Albers GW, Amarencu P, Easton JD, Sacco RL, Teal P. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*. 2004;126:S483-512.
3. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke. *Stroke*. 2006;37:577-617.
4. Krumsdorf U, Ostermayer S, Billinger K, Trepels T, Zadan E, Horvath K, et al. Incidence and clinical course of thrombus formation on atrial septal defect and patent foramen ovale closure devices in 1,000 consecutive patients. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43:302-9.

doi:10.1016/j.recresp.2010.11.002

Obesidad infantojuvenil. Un terreno abonado para la confusión

Childhood and Adolescent Obesity. A Matter of Confusion

Sra. Editora:

Hemos leído con gran interés el trabajo de Escribano et al publicado recientemente en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA¹. Los trabajos epidemiológicos son punto de partida para la realización de medidas de intervención y estudios analíticos, y han recuperado el protagonismo científico que tuvieron en décadas anteriores. Nos gustaría puntualizar algunos aspectos acerca de la definición de obesidad.

Como bien puntualizan los autores, la definición de obesidad en el campo clínico se realiza indirectamente mediante el índice de masa corporal (IMC) y el perímetro de cintura (PC), recurriendo a puntos de corte fijos para el IMC y el PC, valores que están bien establecidos en la etapa adulta, pero que subestiman la prevalencia real cuando se usan en la etapa infantojuvenil². Lo mismo ocurre con otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV): hipertensión arterial e hipercolesterolemia.

Hay consenso entre las sociedades pediátricas para definir la prevalencia de los FRCV usando tablas percentiladas validadas por estudios tanto transversales con longitudinales. Existen controversias para definir la obesidad infantojuvenil según el IMC: mediante las tablas nacionales y fijando el punto de corte en el percentil 97 (p97) según edad y sexo³, o recurrir a los criterios internacionales⁴. En cuanto a la definición de obesidad abdominal, hay mayor acuerdo en fijar el percentil 90 (p90) como punto de corte⁵. Por ello, en el trabajo de Escribano et al, los autores deberían mostrar la prevalencia real de obesidad general y abdominal según criterios específicos para el grupo de edad de 15-17 años, mostrando datos por separado respecto del grupo de adultos mayores de 18 años.

Nuestro grupo ha publicado prevalencias de los FRCV en la etapa infantojuvenil en una muestra de 1.534 individuos de 9-17 años del sur peninsular^{6,7}. Entre los 15 y los 17 años la prevalencia de obesidad según criterios nacionales fue del 9,4% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 7,9-10,8%)⁷; el 6,5% en varones y el 11,3% en mujeres. Si hubiésemos recurrido al IMC > 30 para definir obesidad, obtendríamos un 2,6% en varones y 5,5% en mujeres. Estos datos, por lo tanto, contrastan con los comunicados en población adulta del primer estrato de edad del trabajo de