

Reporte de caso

DISECCIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS EN EL PUERPERIO. REPORTE DE CASO

Ruth Nathaly Estupiñán¹, Humberto Alejandro Casas¹,
Nelson Leandro Moreno², Jeffrey Castellanos², Gustavo Iván Prieto²

1. Médico General, Clínica Universitaria Colombia
2. Especialista en Cardiología, Clínica Universitaria Colombia

RESUMEN

La disección de arterias coronarias es una patología infrecuente de síndrome coronario agudo, que se presenta principalmente en mujeres que han recibido terapia hormonal, embarazadas o en puerperio; su diagnóstico se realiza por arteriografía. Se presenta el caso de una mujer de 43 años, con embarazo de 35 semanas producto de fertilización in vitro, quien presenta preeclampsia severa, por lo que es llevada a cesárea e histerectomía total. En su postoperatorio presenta dolor torácico con cambios electrocardiográficos, es llevada a arteriografía donde se documenta disección de arteria coronaria descendente anterior distal. Se realiza un ecocardiograma con presencia de defecto disquinético en segmento apical de pared septal y presencia de bolsa aneurismática, en junta médica los servicios de cardiología y hemodinamia consideran que por el momento la paciente se beneficia de manejo conservador.

Palabras clave: disección de arterias coronarias; puerperio; reporte de caso; infarto del miocardio

CORONARY ARTERY DISSECTION IN THE PUERPERIUM. CASE REPORT

ABSTRACT

Coronary artery dissection is an uncommon pathology of acute coronary syndrome, which occurs mainly in women who have received hormonal therapy, are pregnant or in puerperium; its diagnosis is made by arteriography. We present the case of a 43-year-old woman and 35-weeks pregnant resulting from in vitro fertilization. She presented severe pre-eclampsia, for which she was taken to cesarean section and a total hysterectomy. In her postoperative period, she presented chest pain with electrocardiographic changes,

Recibido: 27/08/2021

Aceptado: 28/09/2021

Correspondencia: nathally88@gmail.com

and an arteriography was performed where dissection of the distal anterior descending coronary artery was documented. An Echocardiogram showed the presence of dyskinetic defect in the apical segment of the septal wall and the presence of aneurysmal pocket. The cardiology and hemodynamic departments consider that for the moment the patient benefits from conservative management.

Key words: Coronary artery dissection; puerperium; case report; myocardial infarction

CASO CLÍNICO

Paciente de 43 años, con antecedente de hipertensión arterial en manejo con enalapril, ajustado a alfametildopa durante embarazo, producto de fertilización in vitro; quien presenta preeclampsia severa a la semana 35 de gestación dada por cifras tensionales elevadas con compromiso hepático y proteinuria. Es llevada a cesárea donde se evidencia acretismo placentario y hemorragia uterina asociada que requirió histerectomía abdominal.

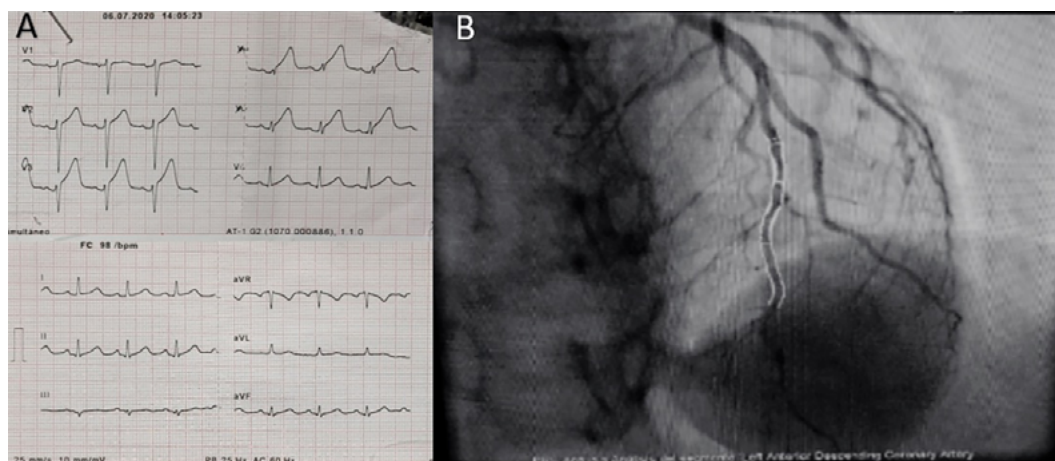
En el día 3 posterior a procedimiento quirúrgico (cesárea más histerectomía) presenta dolor torácico opresivo, irradiado a miembro superior izquierdo y región mandibular, con cifras tensionales estadio 3 (162/117 mmHg) sin otra sintomatología asociada. Se realiza curva de troponina con delta positivo (inicial 80, control 490) y electrocardiograma inicial que evidencia supradesnivel en pared anterolateral.

Dado lo anterior, se considera infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) por lo cual,

es llevada a arteriografía coronaria, evidenciando la arteria descendente anterior de pequeño calibre (1.5-2 mm por QCA), con imagen que sugiere disección coronaria con trombo en unión del tercio medio y distal, con flujo TIMI II. Se realiza ecocardiograma transtorácico, que evidencia hipoquinesia de la pared septal con presencia de bolsa aneurismática de 0.8 CM sin presencia de trombos o cortocircuitos al Doppler color. FEVI preservada 56%. Esclerosis valvular mitral y aórtica con insuficiencia leve.

La paciente recibe tratamiento con antiagregante plaquetario, betabloqueador, estatina y antihipertensivos (IECA Y calcio antagonista), logrando cifras tensionales y frecuencia cardiaca en metas, se realiza electrocardiograma de control que persiste con cambios anteroseptales. El servicio de cardiología y hemodinamia realizan junta médica donde se considera continuar manejo médico con ácido acetil salicílico por 8 semanas y control ambulatorio para definir realización de angioplastia de coronarias según evolución.

FIGURA 1: A. ELECTROCARDIOGRAMA: Elevación de Segmento ST en cara anterolateral. B. ARTERIOGRAFÍA: Arteria descendente anterior es un vaso de pequeño calibre con imagen que sugiere disección coronaria con trombo en unión del tercio medio y distal, con flujo TIMI II.



DISCUSIÓN

La disección de las arterias coronarias, se describió por primera vez, por Harold Pretty en 1931(1). Es el resultado de la separación no aterosclerótica, iatrogénica ni traumática de las paredes de las arterias coronarias, considerando así, es un infarto agudo de miocardio tipo 2. No hay todavía un mecanismo que explique su formación, sin embargo, se proponen dos hipótesis: la ruptura espontánea de la íntima de arteria coronaria, o la hemorragia de la media que genera hematoma intramural; lo cual es evidente por arteriografía dando la apariencia de dos lúmenes (verdadero y falso)(2), generando compresión de las arterias coronarias dando como resultado isquemia miocárdica, por esta razón el objetivo principal es reestablecer el flujo coronario, y la estrategia de reperfusión que se utiliza es la intervención coronaria percutánea primaria. Si durante la arteriografía se evidencia un flujo normal, se considera prudente un tratamiento conservador principalmente en vasos de pequeño a mediano calibre(3).

Aunque la prevalencia de esta patología es incierta al estar subdiagnosticada, causa ente el 1-4% de todos los casos de síndrome coronario agudo; se presenta en el 35% de las mujeres menores a 50 años de edad, y se asocia con el embarazo o el puerperio en un 43%(1).

Son factores de riesgo para desarrollar disección de arterias coronarias: el ejercicio físico excesivo, maniobras de Valsalva, displasia fibromuscular, embarazo, aborto espontáneo, terapia hormonal, espasmos de arterias coronarias, entre otros(4). La recurrencia de esta patología afecta segmentos coronarios nuevos, y tiene como factores de riesgo la tortuosidad coronaria, hipertensión, y el no uso de betabloqueadores(5).

Para el manejo de la disección espontánea de arterias coronarias se debe individualizar cada paciente, teniendo en cuenta: si hay estabilidad clínica y la anatomía es de bajo riesgo, evaluar manejo médico conservador; si hay estabilidad clínica con disección severa de 2 vasos proximales o izquierda proximal considerar bypass de arteria coronaria; en el caso de isquemia activa o inestabilidad hemodinámica considerar intervención coronaria percutánea o bypass de arteria coronaria urgente(1).

Al definir la conducta con los pacientes, se debe tener en cuenta los tipos de disección de arterias coronarias por angiografía y de acuerdo a esto se indica posible tratamiento(6):

TIPO 1: Tinción de contraste de la pared arterial con múltiples lúmenes radiolúcidos. Se evidencia disminución del flujo coronario y obstrucción; como manejo se puede realizar intervención coronaria percutánea o bypass Coronario.

TIPO 2: Reducción del diámetro a lo largo del vaso, difuso y suave sin obstrucción de las arterias coronarias, (estenosis <50%), Como sucede en el infarto de miocardio sin obstrucción de arterias coronarias (MINOCA); o con obstrucción coronaria severa (estenosis >50%). Se evidencia flujo coronario normal y obstrucción, Se podría realizar imagen intracoronaria (ultrasonido Intravascular (IVUS) o Tomografía de coherencia óptica (OCT)); posteriormente realizar manejo médico óptimo con betabloqueadores y evaluar beneficio de terapia antiplaquetaria dual. Si la anatomía no es de alto riesgo considerar realizar angiografía coronaria invasiva o angiografía coronaria por tomografía computarizada. Si la anatomía es de alto riesgo y/o presenta angina persistente y/o recurrente o isquemia hacer seguimiento.

TIPO 3: Estenosis focal o tubular similar a la aterosclerosis, no se documenta obstrucción; por lo tanto, se puede realizar manejo médico óptimo y según anatomía realizar seguimiento con angiotac de coronarias o angiografía invasiva.

Dado lo anterior se prefiere un manejo conservador, excepto en pacientes de alto riesgo e individualizar en función a la clínica y hallazgos angiográficos(6).

El Angiotac de coronarias es un método no invasivo para realizar el seguimiento de pacientes con disección de arterias coronarias principalmente en arterias coronarias proximales o de largo calibre. En un estudio de 24 pacientes no se documentó complicaciones y se identificó resolución del evento en aproximadamente el 83%. La disección de arterias coronarias espontánea en arterias coronarias distales, ramas de estas o en vasos de pequeño calibre menor de 2.5mm generalmente no fueron visualizados con Angiotac de coronarias considerando este método con

limitación para el seguimiento de estos casos(1). Dado lo anterior, la disección espontánea coronaria puede no ser detectable en Angiotac de coronarias y al ser un estudio negativo no excluye el diagnóstico(6).

El tratamiento conservador se basa en el uso de anticoagulación, antiagregantes plaquetarios duales y betabloqueadores para: disminuir el riesgo de recurrencia, preservar la permeabilidad de la luz y prevenir la oclusión del vaso por trombos. Se debe evaluar e individualizar cada caso para utilizar estatinas, ya que, no está claro la función de estas en la disección de arterias coronarias(3).

El 95% de los pacientes que han presentado Disección espontánea de arterias coronarias presentan posteriormente dolor torácico no isquémico, ansiedad, depresión, y se documenta eventos adversos cardiovasculares en aproximadamente el 50% a los 10 años posterior al evento de disección coronaria, con incidencia aproximada del 30%(5).

En este caso, se consideran factores predisponentes para disección de arterias coronarias el género, la edad, el tratamiento hormonal, el puerperio y el antecedente de hipertensión arterial. Dado dolor torácico con elevación de biomarcador cardíaco y alteración electrocardiográfica, se realizó arteriografía coronaria, donde se documenta arteria descendente anterior de pequeño calibre con trombo en unión del tercio medio-distal con flujo TIMI II; ecocardiograma con hipoquinesia septal y bolsa aneurismática en la porción apical de

la pared septal; confirmando el diagnóstico de Infarto agudo de miocardio Tipo 2 dado por disección de arteria coronaria en puerperio mediato.

CONCLUSIÓN

La disección de arterias coronarias es una manifestación infrecuente de síndrome coronario agudo, que se presenta de predominio en pacientes con algún factor de riesgo, principalmente en mujeres con ingesta de terapia hormonal, embarazo o puerperio, y su diagnóstico se realiza de forma incidental con la arteriografía coronaria. El manejo de esta patología se debe individualizar a cada paciente, sin embargo, generalmente en pacientes clínicamente estables, el manejo médico es conservador con betabloqueadores y antiagregantes plaquetarios, y el seguimiento se puede realizar con Angiotac de coronarias, sin excluir el diagnóstico si es negativo.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Declaramos que no existen conflictos de interés que puedan afectar el contenido, resultados o conclusiones del artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

REFERENCIAS

1. Hayes SN, Kim CESH, Saw J, et al. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Current State of the Science: A Scientific Statement from the American Heart Association. Vol 137; 2018. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000564>
2. Yeo I, Feldman DN, Kim LK. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Diagnosis and Management. Published online 2018. <https://doi.org/10.1007/s11936-018-0622-2>
3. Shah SR, Alweis R. Acute Coronary Artery Dissection: A Review of the Literature and Current Evidence. *Cardiol Rev.* 2018;26(5):274-276. <https://doi.org/10.1097/CRD.0000000000000186>
4. Graham RM, McGrath-Cadell L, Muller DWM, Holloway CJ. The Mystery and Enigma of Spontaneous Coronary Artery Dissection. *Hear Lung Circ.* 2018;27(4):401-405. [https://doi.org/10.1016/S1443-9506\(18\)30060-X](https://doi.org/10.1016/S1443-9506(18)30060-X)
5. Gilhofer TS, Saw J. Spontaneous coronary artery dissection: Update 2019. *Curr Opin Cardiol.* 2019;34(6):594-602. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000671>
6. Task A, Members F, Chairperson JC, et al. OUP accepted manuscript. *Eur Heart J.* Published online 2020:1-79. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa575>