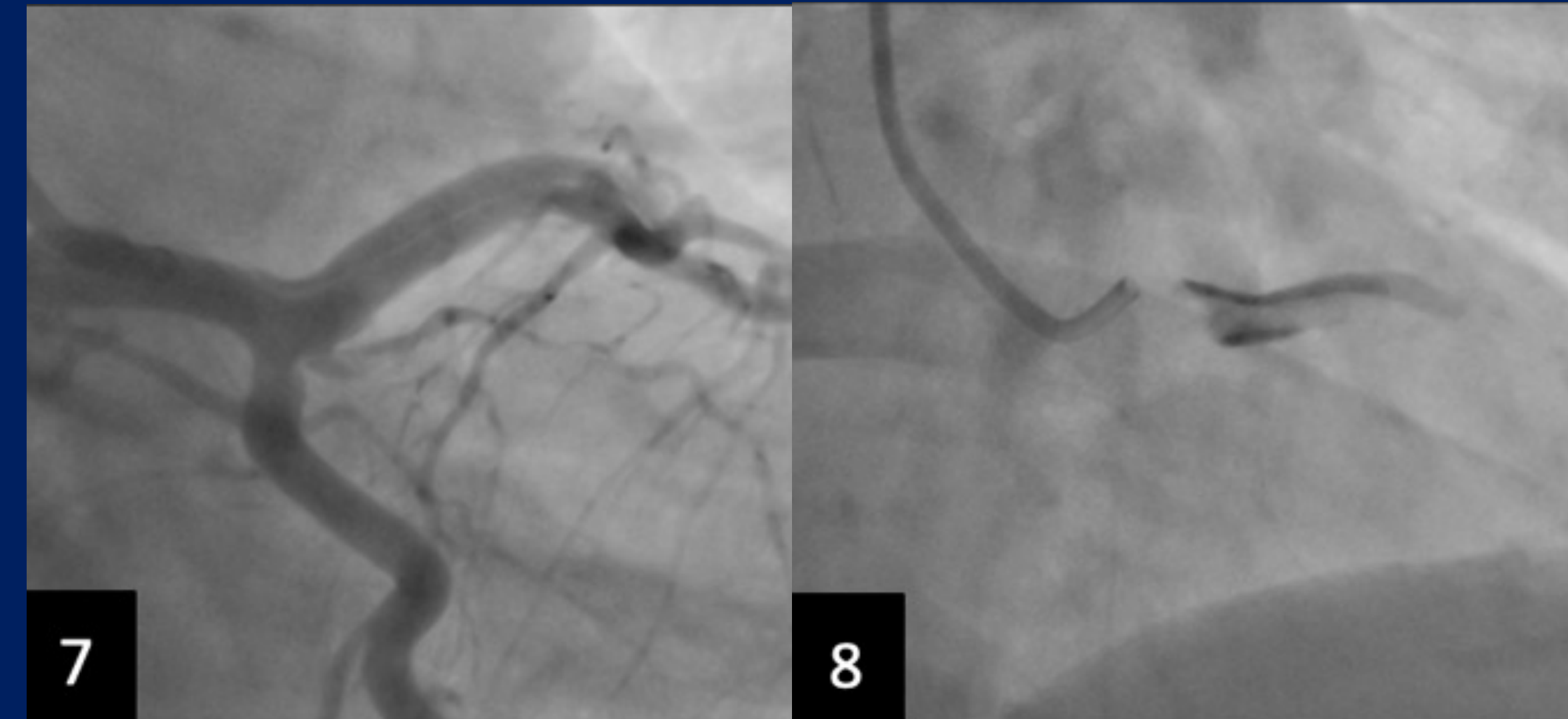


INTRODUCCIÓN

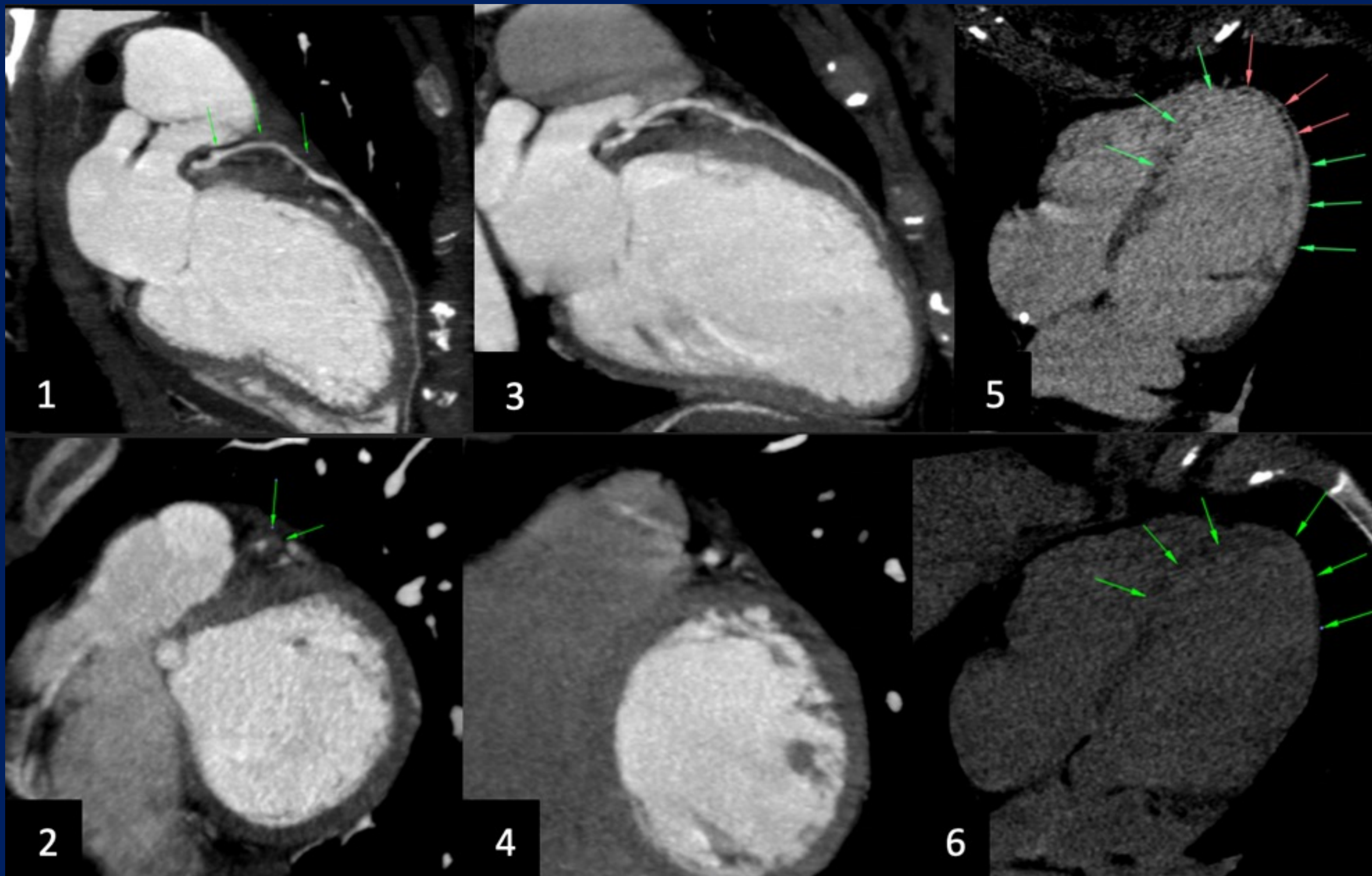
La disección coronaria espontánea (DCE) se define como la separación de las capas de la pared arterial coronaria no relacionada con trauma, iatrogenia, aterosclerosis ni extensión de una disección aórtica. Constituye una causa infrecuente, pero cada vez más reconocida de síndrome coronario agudo (SCA). Representa entre 0,2 al 4% de las causas de síndrome coronario agudo, y es más común en mujeres jóvenes, especialmente en embarazadas. Los pacientes que la presentan no tienen los factores de riesgo clásicos descritos de la enfermedad coronaria. Respecto a la localización, la arteria descendente anterior (ADA) es la que suele disecarse con mayor frecuencia. Su presentación clínica es variable, apareciendo desde un SCA hasta la muerte súbita. El diagnóstico clásicamente se hace mediante una coronariografía, sin embargo otros métodos, como el ultrasonido intravascular (IVUS), tomografía de coherencia óptica (OCT) o la angi tomografía computadas de arterias coronarias (AngioTCC) también cobran importancia en el proceso diagnóstico. El tratamiento varía desde medidas conservadoras, a la revascularización percutánea o quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 29 años, sin antecedentes conocidos, con uso intermitente de fármacos anorexígenos. Presenta cuadro de dolor torácico anginoso, EVA 10/10, asociado a síntomas neurovegetativos, por lo que consulta en SAPU de Ovalle donde se realiza EKG que muestra SDST en derivadas V1 a V6, D1 y AVL. Se administra aspirina y clopidogrel y es trasladada a hospital de Ovalle. Se realiza trombólisis con tenecteplase, con disminución significativa del SDST y dolor EVA 3/10. En espera de cama UTI presenta nuevo episodio de dolor anginoso EVA 10/10, por lo que se realiza coronariografía de urgencia que muestra flap de disección que se extiende desde tronco coronario izquierdo distal a ADA media. Es trasladada a hospital Gustavo Fricke (HGF) para resolución quirúrgica. Ecocardiografía demuestra akinesia del septum anterior basal, medio y apical e hipokinesia anterolateral basal y medial, con deterioro de la función sistólica (fracción de eyección de 38%). AngioTCC confirma flap de disección descrito y evidencia extenso realce tardío (de 5 min) en pared septal y anterior. Es evaluada por equipo de hemodinamia y cirugía cardiovascular HGF, que decide manejo expectante. Evoluciona de forma favorable, sin angina ni complicaciones asociadas, por lo que es dada de alta con terapia médica. Se controla con nuevo AngioTCC 3 semanas post alta, observando disminución de tamaño y extensión de la disección coronaria, que actualmente afecta el segmento medio de la ADA.



7 y 8. Imágenes de coronariografía al ingreso que muestran flap de disección previamente descrito.



1 a 6: Imágenes de angi tomografía computada de arterias coronarias. Imágenes 1 y 2 muestran flap de disección que involucra tronco coronario izquierdo y el segmento proximal y medio de ADA en eje largo (1) y eje corto (2). Imágenes 3 y 4 muestran control imagenológico a las 3 semanas que evidencia disminución de tamaño y extensión de la disección coronaria, que actualmente afecta el segmento medio de ADA, en los mismos ejes (3 y 4 respectivamente). Imágenes 5 y 6 muestran extenso realce tardío (flechas verdes) de pared septal y anterior al ingreso (Imagen 5) y a las 3 semanas (Imagen 6), así como resolución de áreas de obstrucción microvascular (flechas rojas).

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la DCE se realiza mediante la visualización del flap de disección mediante coronariografía, sin embargo es conocido que el uso de medio de contraste de esta técnica es deletéreo. Otras técnicas complementarias como la AngioTAC aparecen como una interesante herramienta para el diagnóstico y seguimiento de esta patología, la cual tiene la ventaja de ser no invasiva y estar más ampliamente difundida en nuestro medio. En el seguimiento de los pacientes con DCE se ha observado cicatrización espontánea hasta el 50% de los casos, en otros, persistencia de la disección con o sin isquemia residual. Mucho menos frecuente es el desarrollo de complicaciones como aneurismas o pseudoaneurismas. Para el diagnóstico de estas complicaciones se recomienda realizar un control imagenológico semanas a meses después del evento agudo. En nuestro caso, el uso de AngioTAC sirvió como complemento diagnóstico a la coronariografía, permitiendo evaluar la ubicación, el tamaño y la extensión de la disección coronaria, con una buena correlación con los hallazgos de la coronariografía. Además permitió una mejor caracterización anatómica, evaluando el infarto de la pared anteroseptal, así como descartar otras complicaciones asociadas. En el seguimiento imagenológico de esta paciente, el control con AngioTAC a las tres semanas permitió evaluar la disminución de tamaño y menor extensión de la disección.

CONCLUSIÓN

La AngioTCC representa una técnica de estudio complementario muy útil en el diagnóstico, pero por sobretodo en el seguimiento de los pacientes con DCE, ya que permite controlar la evolución de esta patología y descartar posibles complicaciones asociadas.

Referencias:

- Muñoz, C., Perelli, J., & Robert, S. (2016). Disección coronaria espontánea: comunicación de 2 casos tratados quirúrgicamente. *Rev Med Chile*, 144(257–261).
 Cruz, M., Mieres, M., Noel, M., & Perendones, M. (2020). Disección coronaria espontánea: Reporte de un caso. *Rev. urug. med. interna.*, 2(37–41).
 Romero-Rodríguez, N., Fernández-Quero, M., Villa, M., & Urbano, J. (2010). Disección coronaria espontánea y sus implicaciones pronósticas a largo plazo en una cohorte de 19 casos. *Rev Esp Cardiol*, 63(9).