

Diseción espontánea de la arteria coronaria descendente anterior tratada mediante cirugía sin circulación extracorpórea

JAVIER GUALIS, SALVATORE DI STEFANO, JOSÉ R. ECHEVARRÍA, ELENA CASQUERO, JUAN BUSTAMANTE, YOLANDA CARRASCAL, ENRIQUE FULQUET, SANTIAGO FLOREZ, LUIS FIZ

Recibido: 10/11/2005
Aceptado: 19/12/2005

Dirección para separatas:

Javier Gualis Cardona
Servicio de Cirugía Cardiovascular.
Hospital Clínico Universitario
Avda. Ramón y Cajal 3. 47005.
Valladolid, España
Tel. 983420000 Ext 377.
Fax: 983255305
Javier Gualis Cardona
Avda. Independencia Nº 5, 8º B.
24003. León, España
e-mail: javgua@hotmail.com
Tel. 610255085

RESUMEN

Se presenta un caso de diseción espontánea de la arteria coronaria descendente anterior en una mujer de 51 años, sin relación con factores desencadenantes conocidos. El inicio clínico fue un IAM no Q anterior, controlado con tratamiento médico y buena evolución clínica. El cateterismo cardíaco evidenció la diseción de la arteria descendente anterior, que producía deterioro de la función sistólica.

Se realizó revascularización arterial urgente mediante injerto de mamaria interna izquierda a descendente anterior sin CEC. El posoperatorio cursó sin complicaciones y a 25 meses del procedimiento la paciente se encuentra asintomática. Se realiza, además, una exposición de las consideraciones clínicas relacionadas con esta patología.

REV ARGENT CARDIOL 2006;74:157-159.

Palabras clave > Infarto agudo de miocardio - Diseción coronaria - Cirugía

INTRODUCCIÓN

La diseción espontánea de la arteria coronaria es una entidad grave, infrecuente y con una incidencia difícil de precisar; en la gran mayoría de las ocasiones su diagnóstico se realiza después del fallecimiento del enfermo. (1) Se desarrolla con más frecuencia en la arteria coronaria izquierda (2) y en mujeres. (3)

Su presentación clínica puede ser heterogénea y desencadenar angina estable e inestable, infarto agudo de miocardio, (4) shock cardiogénico (5) o muerte súbita. Son numerosas las patologías que se han relacionado con el desarrollo de esta enfermedad: uso de anticonceptivos orales, (6) embarazo y puerperio, (7) ejercicio intenso, traumatismos, síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome hipereosinofílico, sarcoidosis, enfermedad de Kawasaki, displasia fibromuscular, vasculitis, lupus eritematoso sistémico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria.

CASO CLÍNICO

Mujer de 51 años, ex fumadora, sin otros antecedentes de riesgo cardiovascular conocidos, con menopausia a los 49 años y con tratamiento de reposición hormonal durante dos años; actualmente no realiza tratamiento.

Acude al servicio de urgencias de un hospital del área de influencia de nuestro centro de referencia por la aparición (por primera vez) de dolor centrotorácico prolongado de inicio en reposo, que coincidió con la suspensión del tratamiento de reposición hormonal estrogénico. El examen físico no identificó hallazgos patológicos y el electrocardiograma en ritmo sinusal no presentaba elevaciones ni descensos del segmento ST. La analítica de laboratorio fue normal, salvo una elevación enzimática (troponina I 6,41).

Ingresó en la unidad coronaria y fue tratada mediante doble terapia antiagregante con ácido acetilsalicílico y clopidogrel, heparina de bajo peso molecular, nitroglicerina y betabloqueante. La evolución fue favorable y al tercer día del ingreso se trasladó a la paciente al laboratorio de hemodinamia para la realización de cateterismo cardíaco electivo.

La ventriculografía izquierda evidenció un ventrículo de dimensiones normales, con acinesia anterolateral y apical y función ventricular izquierda del 40%. La coronariografía puso de manifiesto una diseción espontánea de la arteria descendente anterior, desde su origen hasta su tercio medio, con buen vaso distal, flujo TIMI grado II (Figuras 1, 2 y 3). En la arteria circunfleja no se evidenciaron estenosis angiográficamente significativas y en la arteria coronaria derecha se observó una estenosis no significativa en su tercio proximal.

Se decidió la revascularización miocárdica quirúrgica urgente (Código 1). Se procedió a la realización de un *bypass* coronario mediante injerto de la arteria mamaria interna izquierda a la arteria coronaria descendente anterior sin circulación extracorpórea.

La evolución posoperatoria fue favorable, sin complicaciones, la extubación se realizó a las 2 horas de la intervención y se otorgó el alta a los 6 días del ingreso.

Actualmente, a 25 meses de seguimiento, la paciente permanece asintomática.

DISCUSIÓN

Podemos considerar nuestro caso como una diseción espontánea de la arteria coronaria. La presentación clínica de este cuadro (la edad relativamente joven de



Fig. 1. Proyección oblicua anterior derecha (30°). Coronariografía izquierda que muestra la disección en las porciones proximal y media de la arteria coronaria descendente anterior.



Fig. 3. Proyección lateral izquierda. Se identifica el depósito de contraste en la luz falsa, objetivando retraso en su eliminación y lavado, respecto al introducido en la luz verdadera.

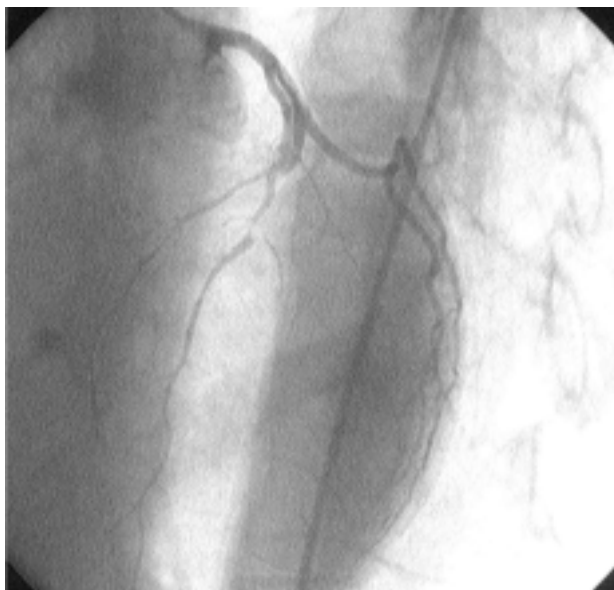


Fig. 2. Proyección lateral izquierda. Se observa cómo la disección afecta al tronco coronario izquierdo y a la región proximal de la arteria descendente anterior.

la paciente, la ausencia de lesiones ateroscleróticas coronarias significativas, el cuadro clínico sintomático de angor inestable, el antecedente de administración de estrógenos, la ausencia de disección de tronco coronario proximal) hace menos probable la lesión iatrogénica por catéter.

Suele afectar a una arteria coronaria, con mayor frecuencia al tronco coronario izquierdo, (8) y asociarse con el desarrollo de muerte súbita o de IAM (4) (nues-

tra paciente debutó con un IAM no Q anterior). En el caso presentado, la administración de un tratamiento hormonal con estrógenos es el único antecedente conocido, revisado en la literatura publicada, vinculado con el desarrollo de esta enfermedad, al no encontrarse ninguna patología relacionada, como las ya mencionadas, salvo la suspensión del tratamiento hormonal con estrógenos que venía realizando nuestra paciente durante dos años.

El diagnóstico se realiza por coronariografía. La presencia de una doble luz (verdadera y falsa), separada por un *flap* intimal radiotransparente (véanse Figuras 1, 2 y 3), identifica esta enfermedad en nuestra paciente. Después del lavado angiográfico, la falsa luz se mantiene teñida de contraste, lo cual permite su delimitación anatómica.

No hay uniformidad de criterio en cuanto a las estrategias terapéuticas, ya que se han utilizado varias, y de ellas la cirugía coronaria demuestra mayores beneficios en cuanto a supervivencia cuando la disección es multivasa y/o existen signos de isquemia recurrente, (9) aunque medidas más conservadoras como la administración de ácido acetilsalicílico, nitratos y betabloqueantes o la trombólisis han demostrado buenos resultados.

La revascularización percutánea mediante el implante de *stents* intracoronarios logra buenos resultados en casos seleccionados. (10) La reestenosis será su principal limitación en el seguimiento de estos pacientes.

La cirugía de revascularización miocárdica urgente constituye una alternativa terapéutica importante, al haber demostrado muy buenos resultados a corto y a largo plazo, por lo que puede ser el tratamiento de elección en centros dotados de cirugía cardiovascu-

lar. En centros cardiológicos no dotados de servicio quirúrgico, cuando la situación clínica permita el traslado a un centro de referencia, como es el caso presentado, podrá ser ésta una buena opción terapéutica y reservarse la opción percutánea mediante el sellado de *stents* intracoronarios para situaciones clínicas ines- tables y en centros con gran experiencia en el implan- te de *stents* intracoronarios.

SUMMARY

Surgical Treatment of a Spontaneous Dissection of the Left Anterior Descending Coronary Artery without the Use of Cardiopulmonary Bypass

We report a case of spontaneous dissection of the left anterior descending coronary artery in a 51 year-old woman with unrelated known risk factors. Clinical onset was an acute anterior non-Q myocardial infarction, medically treated with good outcome. Coronary angiography revealed a dissection of the left anterior descending coronary artery with impaired systolic function.

Emergency arterial revascularization by means of a left-in-ternal thoracic-artery to left-anterior-descending-coronary-artery without cardiopulmonary bypass was performed. The postoperative status was straightforward and the patient is asymptomatic 25 months after surgery. The clinical features of this pathology are discussed.

Key words > Acute myocardial infarction - Coronary artery dissection - Surgery

BIBLIOGRAFÍA

1. Corrado D, Thiene G, Cocco P, Frescura C. Non-atherosclerotic coronary artery disease and sudden death in the young. *Br Heart J* 1992;68:601-7.
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. Shlant RC, Alexander RW. *Hurst's The Heart*. 8th ed. New York: McGraw Hill; 1994. p. 1249-50.
4. Leone F, Macchiusi A, Ricci R, Cerquetani E, Reynaud M. Acute myocardial infarction from spontaneous coronary artery dissection a case report and review of the literature. *Cardiol Rev* 2004;12:3-9.
5. Hinojal YC, Di Stefano S, Florez S, Martinez G, de la Fuente L, Casquero E, et al. Spontaneous coronary dissection during post-partum: etiology and controversies in management. *Ital Heart J* 2004;5:563-5.
6. Azam MN, Roberts DH, Logan WF. Spontaneous coronary artery dissection associated with oral contraceptive use. *Int J Cardiol* 1995;48:195-8.
7. Bac DJ, Lotgering FK, Verkaaik AP, Deckers JW. Spontaneous coronary artery dissection during pregnancy and post partum. *Eur Heart J* 1995;16:136-8.
8. Atay Y, Yagdi T, Turkoglu C, Altintig A, Buket S. Spontaneous dissection of the left main coronary artery: a case report and review of the literature. *J Card Surg* 1996;11:371-5.
9. Thistlethwaite PA, Tarazi RY, Giordano FJ, Jamieson SW. Surgical management of spontaneous left main coronary artery dissection. *Ann Thorac Surg* 1998;66:258-60.
10. Ramirez Moreno A, Cardenal Piris R, Guzman Herrera M, Lozano Cabezas C, Pola D, Pagola Vilardebo C. Spontaneous dissection of the left main coronary artery treated by multiple stent implantation. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:417-20.