



<https://www.elsevier.es/semrgen>

242/4628 - DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA

M. Fernández Fuente^a, E. González Garramiola^b, N. González Lozano^c, L. Bravo Merino^a, P. Díaz Pérez^d y A. Fañanás Mastral^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud del Área Sanitaria de Gijón. Asturias. ^bMédico de Familia. Centro de Salud del Área Sanitaria de Arriondas. Asturias. ^cMédico de Familia. Urgencias Hospital San Agustín. Avilés. Asturias. ^dMédico de Familia. Urgencias Hospital de Cabueñas. Gijón. Asturias. ^eMédico de Familia. Área Sanitaria VI. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años sin factores de riesgo cardiovascular ni hábitos tóxicos. Acude al centro de salud por dolor opresivo en cara interna de brazo izquierdo y mandíbula de una hora de evolución sin sintomatología vegetativa acompañante que comenzó mientras comía.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 120/80. No aumento de presión venosa yugular. Auscultación cardiopulmonar normal. Miembros inferiores sin edemas. Pulsos femorales y radiales presentes.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 77 lpm con elevación del ST de V2-V5. Tras nitroglicerina sublingual el dolor cede y el ST se normaliza. Se deriva al hospital de referencia. Coronariografía: disección espontánea de descendente anterior a partir de tercio medio. Troponina I máxima: 17.

Juicio clínico: IAM con elevación del ST. Disección coronaria espontánea.

Diagnóstico diferencial: Síndromes coronarios agudos habituales.

Comentario final: Es una forma rara de presentación del síndrome coronario agudo. Suele afectar a mujeres jóvenes con coronarias sanas. En su etiología influyen factores hormonales, conectivopatías, ejercicio físico extremo, consumo de cocaína, alteración de la estructura vascular... La descendente anterior es la más frecuentemente afectada. Se puede manifestar como un SCACEST/SACASEST, taquicardia ventricular, shock criogénico y muerte súbita. Fisiopatológicamente se produce un desgarro intimal, creando una falsa luz que comprime la verdadera comprometiendo el flujo distal. También se postula una disección en la profundidad de la pared arterial por un sangrado espontáneo de los vasa vasorum creando un hematoma entre la túnica media y la adventicia, la expansión del hematoma y por tanto de la disección comprime la luz arterial, pudiendo conducir a isquemia. El tratamiento depende de la localización, extensión, severidad de la isquemia y estabilidad del paciente, evitándose los fibrinolíticos por el riesgo de aumentar el sangrado y la progresión. Como nuestra paciente está estable, conserva flujo distal y la disección es limitada se decide tratamiento conservador con doble antiagregación, betabloqueantes y estatinas con buena evolución.

Bibliografía

1. Hurtado-Martínez JA, Manzano-Fernández S, Pinar-Bermúdez E, Valdés-Chávarri M. Manejo conservador en la disección coronaria espontánea del tronco común izquierdo. Revista Española de Cardiología. 2007;60(10):1103-4.

Palabras clave: Disección coronaria espontánea.