

Caso Clínico

Infarto de miocardio en un paciente de 21 años de edad: Disección espontánea de arteria coronaria

Myocardial infarction in a 21-year-old patient: Spontaneous coronary artery dissection

Braian A. Cardinali Ré, Federico J. Olgiati, Lucia M. Ortiz, Diego Echazarreta, Marcelo Portis

Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de Dios. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 27 de Octubre de 2018

Aceptado después de revisión el

21 de Diciembre de 2018

www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener
conflicto de intereses

Palabras clave:

Disección coronaria espontánea.

Infarto de miocardio.

Cardiofibrilador implantable.

Keywords:

Spontaneous coronary dissection.

Acute myocardial infarction.

Implantable cardioverter defibrillator.

RESUMEN

Varón de 21 años de edad que consulta para evaluación precompetitiva con el antecedente de consultar 4 años antes por dolor precordial de características anginosas. El electrocardiograma evidencia secuela cara anterior por lo que se sospecha evento coronario previo. Se inicia la batería de exámenes complementarios correspondientes a cardiopatía isquémica entre ellos cinecoronariografía que evidencia lesión crónica compatible con disección espontánea de arteria descendente anterior.

En base a estos hallazgos se investiga viabilidad miocárdica, la que resulta negativa, por lo que se instaura tratamiento médico y colocación de cardio-desfibrilador implantable por riesgo incrementado de muerte súbita.

Myocardial infarction in a 21-year-old patient: Spontaneous coronary artery dissection

ABSTRACT

A 21-year-old male consulted for precompetitive evaluation with a history of consulting 4 years before for precordial pain of anginal characteristics. The electrocardiogram evidences previous anterior myocardial necrosis for which a previous coronary event is suspected.

A complementary battery of studies corresponding to ischemic cardiopathy begins, including cinecoronariography, which shows a chronic lesion compatible with spontaneous dissection of the anterior descending artery.

Based on these findings, myocardial viability is investigated, which is negative, so medical treatment and implantable cardio-defibrillator placement are instituted for increased risk of sudden death.

INTRODUCCIÓN

La disección coronaria espontánea es causa infrecuente de un evento coronario agudo, con una prevalencia de 1-2.4 por cada 1000 síndromes coronarios agudos¹, para no ser una enfermedad rara.

Consiste en la separación de dos de las tres capas de la pared arterial², para crear una falsa luz, cuya progresión puede deteriorar el flujo coronario distal y producir isquemia, con formas de presentación que varían desde la elevación de biomarcadores cardíacos y modificaciones del segmento ST sin la presencia de síntomas de isquemia, hasta el episodio de muerte súbita³.

El presente caso clínico es el de un joven de 21 años de edad, sin factores de riesgo cardiovascular, que consulta

por una evaluación pre-competitiva, en el que con una sospecha diagnóstica se ponen en marcha estudios complementarios de diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Varón de 21 años de edad sin factores de riesgo ni antecedentes familiares cardiovasculares, si con antecedentes personales de hipertiroidismo de reciente diagnóstico, quien consulta por consultorio externo de cardiología para examen previo al inicio de actividad física de alto rendimiento (Crossfit).

Durante su interrogatorio el paciente no refiere disnea, ángor, palpitaciones o síncope. Relata que 4 años previo a

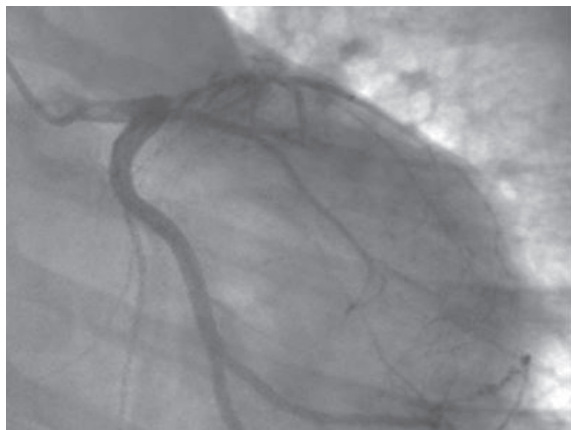


FIGURA 1.

Cinecoronariografía que muestra arteria descendente anterior con lesión sub-oclusiva crónica en tercio medio, secundaria a probable disección coronaria espontánea.

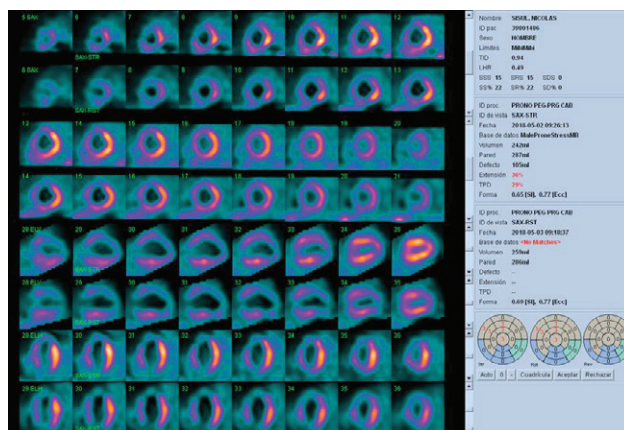


FIGURA 2.

Estudio SPECT sin evidencia de viabilidad miocárdica.

la consulta presentó dolor precordial en reposo, de carácter opresivo, sin irradiación, de intensidad 6/10, de doce horas de evolución, que no motivo consulta y cedió de manera espontánea.

EXAMEN FÍSICO:

Impresiona paciente en buen estado general, con todos sus signos vitales dentro de parámetros normales. Como datos positivos se ausculta soplo regurgitante mitral intensidad 2/6, con irradiación a axila que aumenta su intensidad ante maniobra de handgrip. Se realiza electrocardiograma (ECG) que constata ritmo sinusal, 80 latidos por minuto, secuela anterior y extrasístoles ventriculares aisladas.

En función de la anamnesis y hallazgos en el ECG compatibles con evento isquémico crónico se solicitaron los siguientes estudios complementarios:

• RADIOGRAFIA DE TÓRAX:

Evidencia índice cardio-torácico aumentado: 0,65 (Cardiomegalia grado II-III).

• ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO:

Diámetro diastólico de ventrículo izquierdo (DDVI) 69mm, diámetro sistólico de ventrículo izquierdo (DSVI) 53mm, fracción de eyección de ventrículo izquierdo (por método de Simpson - FEVI) 32%, disfunción diastólica grado I, con aquinesia e hiperrefringencia en casquete apical y segmentos medios de cara anterior y anteroseptal. Trombo apical organizado.

• CINECORONARIOGRAFÍA (Figura 1).

Arteria descendente anterior con lesión sub-oclusiva crónica en tercio medio, que podría ser secundaria a disección coronaria espontánea, resto sin lesiones angiográficamente significativas.

• DIAGNÓSTICO:

Cardiopatía isquémica crónica secundaria a disección espontánea de arteria descendente anterior.

• CONDUCTA:

Se procede a evaluar viabilidad para eventual revascularización miocárdica.

El estudio SPECT de perfusión miocárdica (Figura 2) evidencia defecto fijo anterior y anteroseptal frente al esfuerzo desarrollado y al doble producto alcanzado. Dilatación permanente de la cavidad del VI. FEVI en reposo y post-esfuerzo deteriorada en grado severo. Sin evidencia de viabilidad por este método. La RNM pone en evidencia extensión de miocardio en riesgo: 30%; intensidad del defecto, score de suma de estrés: 15 - score de reversibilidad: 0. La Figura 3 destaca el realce precoz y tardío del miocardio comprometido.

Se trata en esencia de una cardiomiopatía de origen isquémico con deterioro severo global de la función sistólica y secuela extensa en el territorio de la arteria descendente anterior y extenso compromiso no transmural, aunque significativo, del espesor parietal sin evidencia de viabilidad.

• EVOLUCIÓN:

Ante la falta de viabilidad demostrada por dos métodos, se optó por optimizar el tratamiento médico para cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca con, aspirina 100 mg día, atorvastatina 10 mg día, enalapril 10 mg día, acenocumarol 4 mg día, propranolol 240 mg día, eplerenona 25 mg día, descartándose la posibilidad de revascularización.

Por el Holter de 24 hs con extrasistolia ventricular muy frecuente, y salva de taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) de 8 latidos, sumado al riesgo basal del paciente de muerte súbita se decidió como medida de prevención primaria implantar un cardio-defibrilador (CDI).

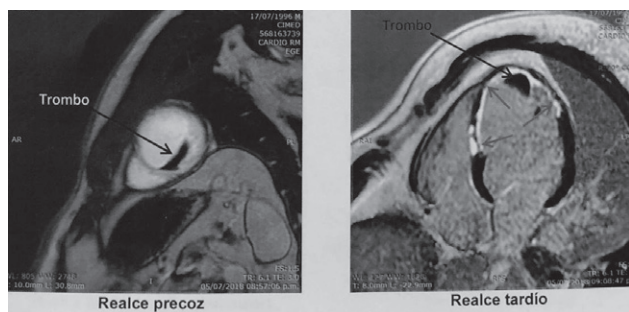


FIGURA 3.

Resonancia nuclear magnética que destaca el realce precoz y tardío del miocardio comprometido.

DISCUSIÓN

La disección espontánea de las arterias coronarias es una entidad muy poco frecuente, aunque en la actualidad ya no se debe considerar una enfermedad rara⁴, que siempre debe sospecharse en pacientes jóvenes, que sin presentar los clásicos factores de riesgo cardiovascular cursen un síndrome coronario agudo.

Desde el primer reporte de disección coronaria espontánea en 1931, se han publicado numerosos casos, muchos como resultado de autopsias tras un episodio de muerte súbita.

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, generalmente en relación a cambios hormonales, durante el peri-parto, o bien a tratamientos hormonales. En otros casos se atribuye a enfermedades poco prevalentes⁵ como Lupus⁶, Sarcoidosis, Kawasaki, Marfán y Ehler-Danlos.

Sin embargo, en años recientes, distintos autores han reportado a la disección espontánea en el contexto de un síndrome coronario agudo⁷.

El conocimiento de esta entidad se reduce principalmente a casos clínicos aislados o a series con reducido número de casos, lo que hace que su tratamiento y su pronóstico no estén plenamente establecidos⁸.

Algunos autores consideran que es indicación de cirugía, otros de tratamiento endovascular⁹ y en algunos casos se optó por el tratamiento médico. No existe consenso general sobre cuál opción terapéutica es la más conveniente.

La fisiopatología no está del todo demostrada y se la ha relacionado con la rotura inflamatoria de placas ateroscleróticas, causa poco probable en este paciente dada su juventud¹⁰.

Factores relacionados con la disección coronaria espontánea son: hipertensión arterial, consumo de cocaína, espasmo coronario por aumento de las fuerzas de cizallamiento en el vaso, vasculitis, tratamientos con ciclosporina, fuerzas compresivas secundarias a trayectos intramiocárdicos de arterias coronarias, e incluso ejercicio físico extenuante¹¹. También es necesario mencionar la existencia de un posible factor hereditario que explicaría casos familiares descriptos¹².

La generalización del estudio hemodinámico de las arterias coronarias en el manejo del SCA incrementó el número de casos diagnosticados, con la visualización de un "flap" intimal que se muestra como una línea radiotransparente que separa la doble luz junto con signos indirectos de disección, como la retención del contraste en la falsa luz. Con menos frecuencia se puede encontrar un estrechamiento arterial sin evidencia del "flap", cuando no existe flujo de contraste en la falsa luz¹³.

En casos de duda, la ecografía intravascular¹⁴, y aún en fases iniciales de implementación la tomografía de coherencia óptica¹⁵, pueden ayudar al diagnóstico definitivo, sobre todo cuando se precisa comprobar, antes de la intervención percutánea, que la guía se encuentra en la luz verdadera. La tomografía coronaria computarizada puede ayudar igualmente a clarificar el diagnóstico de forma no invasiva, sobre todo cuando se sospechan complicaciones asociadas¹⁶.

Las pautas de tratamiento dependen de la localización de la disección, su accesibilidad y su extensión, así como de la severidad de la isquemia y la estabilidad del paciente. La decisión terapéutica se debe adoptar de forma individualizada¹⁷.

El tratamiento profiláctico con un cardidefibrilador implantable (CDI) no reduce la mortalidad total en pacientes de alto riesgo que tuvieron recientemente un infarto de miocardio¹⁸. Si bien la terapia con CDI se asocia con reducción en la tasa de muerte por arritmia, se compensó con un incremento en la tasa de muerte de causas no arrítmicas.

CONCLUSIONES

La disección espontánea de las arterias coronarias es una entidad muy poco frecuente, que se debe sospechar en jóvenes, sin los clásicos factores de riesgo cardiovascular, que cursen un síndrome coronario agudo. El tratamiento a seguir no está estandarizado por lo que se necesitan series con mayor número de pacientes y estudios aleatorizados.

El caso clínico presentado pone nuevamente en evidencia la importancia de la correcta valoración clínica precompetitiva de jóvenes presumiblemente sanos

BIBLIOGRAFIA

1. Butler R, Webster MW, Davies G, et al. Spontaneous dissection of native coronary arteries. *Heart* 2005; 91: 223-24.
2. Conraads VM, Vorlat A, Colpaert CG. Spontaneous dissection of three major coronary arteries subsequent to cystic medial necrosis. *Chest* 1999; 11: 1473-75.
3. La Franca E, Falletta C, Raffa GM, et al. Spontaneous coronary artery dissection: the great pretender. *J Thorac Dis* 2018; 10 (Suppl 33): S4179-S4182.
4. Adlam D, García-Guimaraes M, Maas AHM. Spontaneous coronary artery dissection: no longer a rare disease. *Eur Heart J*. 2019; Mar 7. [Epub ahead of print].