



Cardiocre

ISSN: 1889-898X

cardiocre@elsevier.com

Sociedad Andaluza de Cardiología
España

Molina Lerma, Manuel J.; Rodríguez Torres, Diego; Arrebola Moreno, Antonio Luis; Jiménez
Fernández, Miriam

Dolor torácico en mujer perimenopáusica

Cardiocre, vol. 49, núm. 3, julio-septiembre, 2014, pp. 128-130

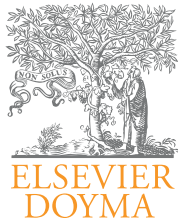
Sociedad Andaluza de Cardiología
Barcelona, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=277032952011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocre



Observaciones clínicas

Dolor torácico en mujer perimenopáusica

Manuel J. Molina Lerma*, Diego Rodríguez Torres,
Antonio Luis Arrebola Moreno y Miriam Jiménez Fernández

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de febrero de 2013

Aceptado el 28 de mayo de 2013

On-line el 18 de diciembre de 2013

Palabras clave:

Disección coronaria

Multivaso

Infarto agudo de miocardio

R E S U M E N

La disección coronaria es una causa rara de infarto agudo de miocardio. Presentamos nuestro caso por lo poco frecuente de la disección coronaria multivaso como origen de infarto en una paciente perimenopáusica e hipertensa, sin otros factores predisponentes

© 2013 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Chest pain in a peri-menopausal woman

A B S T R A C T

Coronary artery dissection is a rare cause of acute myocardial infarction. We report an exceptional case of multivessel coronary dissection as a cause of a myocardial infarction in a peri-menopausal and hypertensive woman with no other risk factors

© 2013 SAC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Coronary artery dissection

Multivessel

Acute myocardial infarction

Presentación del caso

Mujer de 58 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, exfumadora, y gastroplastia de Mason 20 años antes por obesidad mórbida.

Mientras se encontraba en nuestro hospital acompañando a su marido ingresado, y tras realizar esfuerzo leve, comenzó con angina típica e intenso cortejo vegetativo acompañante. Aconsejada por el equipo de enfermería, se dirigió al servicio

de urgencias del hospital, donde se realizó electrocardiograma (ECG), que mostró elevación del segmento ST de 4 mm en derivaciones inferiores, con descenso del mismo en I y AVL, por lo que ingresó en la unidad coronaria con el diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST) inferior. Una hora y media después del inicio del dolor se realizó fibrinólisis (dado que en nuestro hospital no hay programa de angioplastia primaria las 24 h). La paciente se encontraba con mal estado general y persistencia del dolor torácico a pesar de perfusión de nitroglicerina y cloruro mórfico, presión arterial

* Autor para correspondencia.

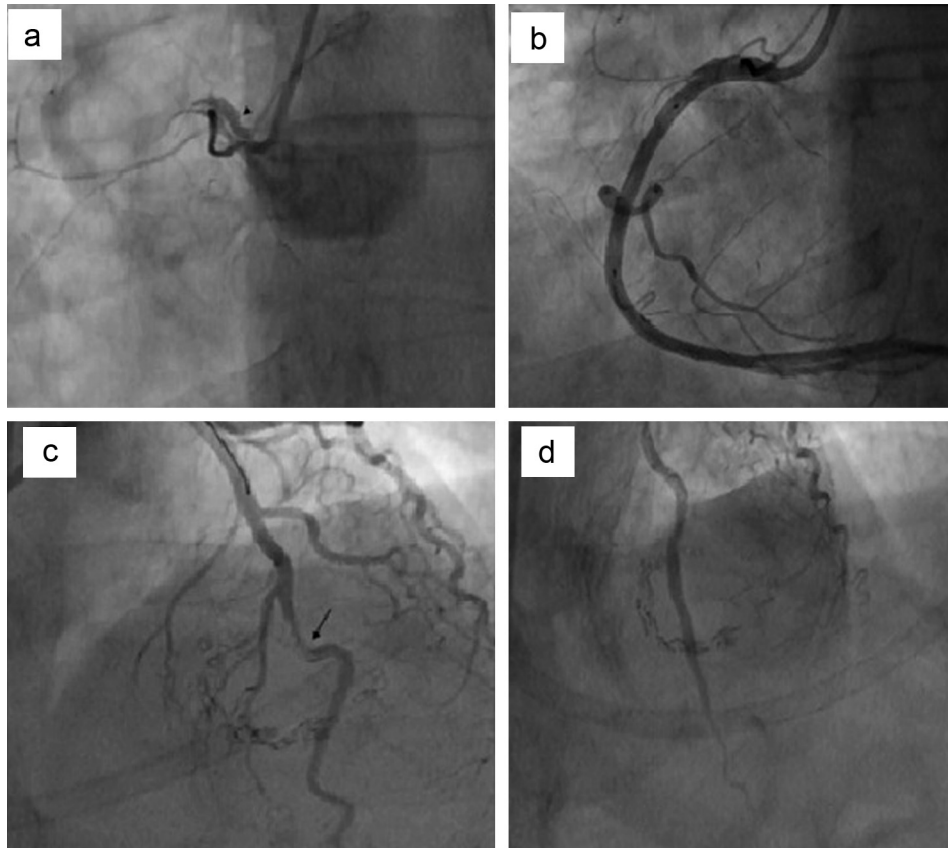


Figura 1 – Coronariografía.

de 110/68 mmHg y frecuencia cardíaca de 101 latidos/min. La exploración cardiopulmonar no arrojó datos patológicos y no tenía edemas en miembros inferiores.

A los 75 min de la fibrinólisis persistía el dolor torácico, y a los cambios electrocardiográficos iniciales se añadió ascenso del segmento ST de 4 mm en derivaciones anterolaterales. A los 85 min tras la fibrinólisis la paciente sufrió parada cardiorrespiratoria por taquicardia ventricular polimórfica en *torsade de pointes* presenciada, recuperando el ritmo sinusal tras 1 min de masaje cardíaco y una desfibrilación a 200 J.

Ante la falta de criterios de perfusión y el empeoramiento tras la fibrinólisis se contactó con el hemodinamista para realizar angioplastia de rescate. En la coronariografía diagnóstica se encontró la presencia de una disección coronaria espontánea multivaso con afectación de coronaria derecha (CD) proximal (que estaba ocluida) y descendente anterior (DA) distal (fig. 1). Se implantaron 2 stents recubiertos en CD y 3 stents solapados sobre lesión de DA (2 recubiertos en DA distal y otro no recubierto en DA media-distal), quedando finalmente con flujo TIMI2 (previamente TIMI1), haciendo pensar que alguno de los stents distales no se encontraban en la luz verdadera.

Durante la realización de la coronariografía la paciente presentó inestabilidad hemodinámica con bradicardia sinusal e hipertensión que se normalizó tras la revascularización coronaria.

Dos días después se trasladó a planta de cardiología, donde permaneció

asintomática. Se alcanzó un pico de troponina I mayor de 100 ng/dl.

Se realizó ecocardiograma transtorácico, que mostró un ventrículo izquierdo con aquinesia y adelgazamiento miocárdico inferolateral basal medio e inferoseptal apical con fracción de eyección del 30%. La evolución posterior de la paciente fue buena, quedando pendiente de futuras revisiones.

Discusión

La disección coronaria es una rara causa de infarto, y hasta en el 50% de los casos se presenta como muerte súbita. La disección coronaria multivaso (DCMV) es más rara aún y con muy pocos casos descritos en la literatura.

Se han postulado diversos factores predisponentes, que en nuestro caso eran: perimenopausia, hipertensión y exfumadora. Se han descrito diferentes causas desencadenantes, tales como traumatismo, ejercicio y estrés psicológico importante¹, pudiendo ser este último el responsable en nuestro caso.

El tratamiento médico puede ser una opción en pacientes estables, y es capaz de resolver las disecciones en la mayoría de los pacientes con baja morbilidad a medio plazo^{2,3}. En aquellos con situación de inestabilidad, como era nuestro caso, se debe tratar la DCMV bien mediante

injertos aortocoronarios⁴ o mediante la implantación directa de stents. Asimismo, el uso de ecografía intracoronaria podría haber ayudado al posicionamiento de la guía sobre la luz verdadera.

Desconocemos por qué en nuestra paciente, tras realizar la fibrinólisis, hubo una elevación del ST en derivaciones anteriores que no estaba presente previamente. Una explicación podría ser la lisis de un pequeño trombo que ocluyera la entrada a la luz falsa tras la fibrinólisis, favoreciendo el flujo a través de la misma, aunque no hay en la literatura un caso similar que nos permita apoyar dicha hipótesis.

Conflicto de intereses

Declaramos que no tenemos conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taçoy G, Fiahinarslan A, Timurkaynak T. Spontaneous multivessel coronary artery dissection in a wrestler. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2007;7:193-5.
2. Maeder M, Ammann P, Drack G, et al. Pregnancy-associated spontaneous coronary artery dissection: Impact of medical treatment. Case report and systematic review. *Z Kardiol.* 2005;94:829-35.
3. Alfonso F, Paulo M, Lennie V, et al. Spontaneous coronary artery dissection: Long-term follow-up of a large serie of patients prospectively managed with a conservative therapeutic strategy. *JACC Cardiovasc Interv.* 2012;1062-70.
4. Karabag T, Dogan SM. A case of spontaneous multivessel coronary artery dissection presenting with acute myocardial infarction and ventricular tachycardia. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2012;79:113-6.