

29 - DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA EN UNA UNIDAD DE HEMODINÁMICA SIN ALERTA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

T. Archondo Arce, J.L. Ramos Martín, J.D. Cascón Pérez, L. Consuegra Sánchez, I. Gil Ortega, D. Soto Fernández, A. Sánchez Sánchez, R.J. Cortez Salazar, V. García Molina y J.A. Castillo Moreno

Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción y objetivos: Evaluar la incidencia y características clínicas de la disección coronaria espontánea (DCE) en una unidad de hemodinámica sin alerta de angioplastia primaria, así como su manejo y resultados.

Métodos: Estudio retrospectivo de la base prospectiva de la unidad, desde abril/2005 hasta abril/2019.

Resultados: De un total de 14.784 estudios hemodinámicos realizados, se obtuvo 10 casos con diagnóstico definitivo de DCE (0,06%), con una media de $51,4 \pm 11,6$ años, 80% mujeres. Un 70% presentaban al menos un factor de riesgo clásico cardiovascular. Tabaquismo 30%, HTA 50%, dislipemia 50%. Todos los pacientes se presentaron como síndrome coronario agudo (SCA), 50% con elevación del ST, siendo transitoria en dos de ellos, y en el 50% restante como SCA sin elevación del ST. Destacar que 3 pacientes recibieron fibrinólisis (2 mujeres de 53 y 67 años y un varón de 72 años). En el 50% de los casos se objetivó un desencadenante claro (1 puerperio, 4 con estrés intenso laboral o personal), un paciente era portador de prótesis biológica aórtica. La descendente anterior (DA) fue la arteria más frecuentemente implicada (80%), con la mitad de los casos localizada en tercio mediodistal, en 2 pacientes estaba comprometido el tronco común izquierdo, y en uno se vieron implicadas dos arterias (DA y circunfleja). Ningún paciente fue sometido a cirugía de revascularización. El tratamiento conservador fue la estrategia inicial preferida (70%), y de estos, solo un caso presentó isquemia recurrente con progresión de la disección que obligó a intervencionismo. La opción de tratamiento intervencionista en todos fue con *stent* farmacoactivo. El diámetro medio de los *stents* fue $3,3 \pm 0,6$ mm con una longitud de $34,3 \pm 16,5$ mm. Se precisó el uso de más de un *stent* en el 75% (4) de los casos, dos de ellos con técnica de doble *stent* por lesión en bifurcación. El flujo final fue TIMI III para todos los casos, con estenosis residual < 30% en uno de ellos). Un paciente se complicó con progresión distal de la disección que obligó al implante de un segundo *stent*. La mortalidad intrahospitalaria fue nula, y no hubo recidivas en el seguimiento posterior a 44 meses de mediana.

Conclusiones: El tratamiento conservador es la opción más aceptada en pacientes con DCE, sin eventos a largo plazo, mientras que en casos seleccionados la angioplastia es una opción con resultados aceptables. La angiografía coronaria urgente o temprana, es importante para establecer el diagnóstico y evitar actitudes terapéuticas deletéreas como la fibrinólisis.