

**CASO CLÍNICO PRÁCTICO
CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA**

“CUANDO ES MEJOR NO TOCAR”

Dr. Pablo Aguar
Cardiología Intervencionista
JUNIO 2021

“CUANDO ES MEJOR NO TOCAR”

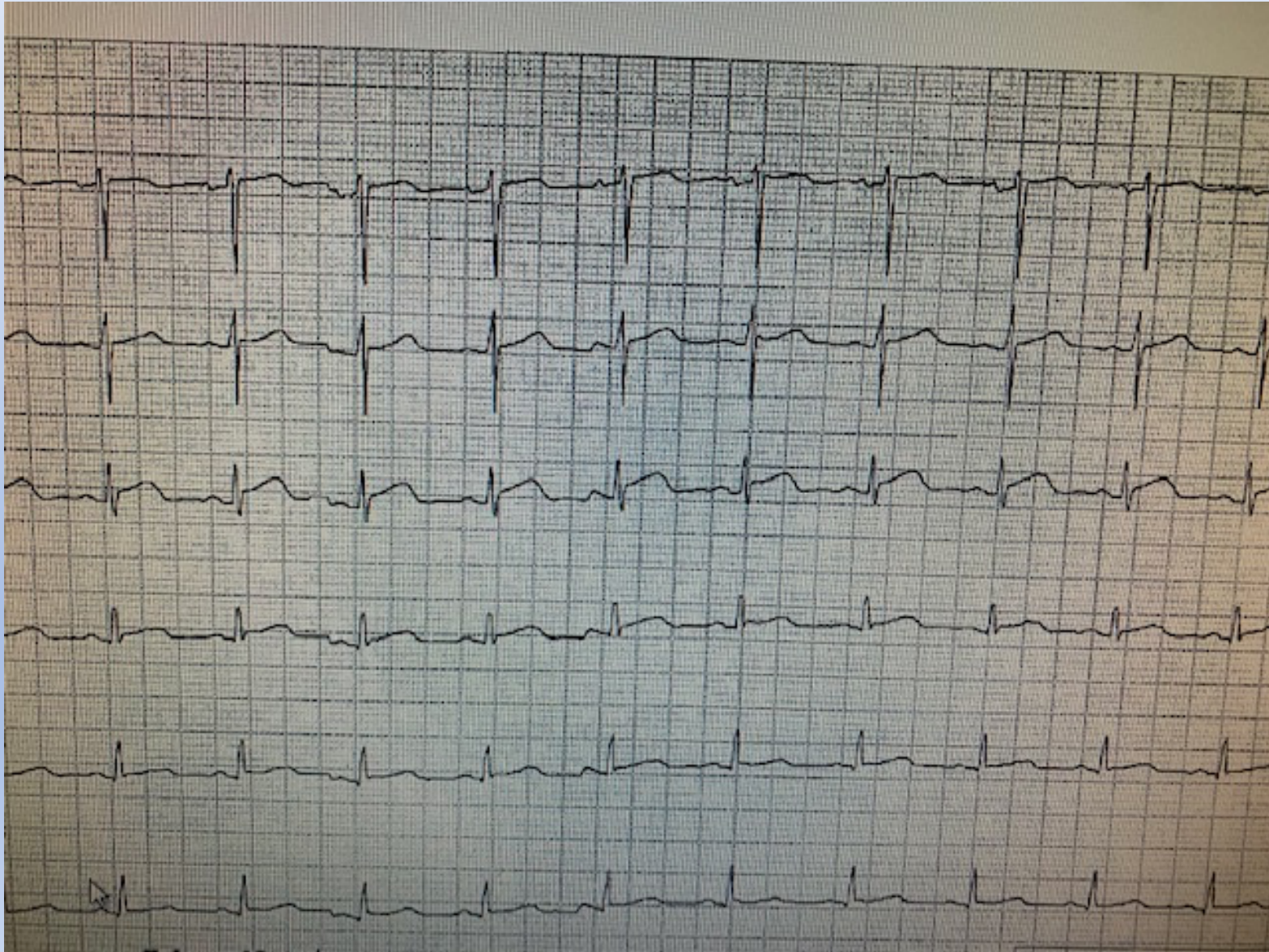
-Historia clínica del paciente.

- 48 años
- Alergia a Buscapina
- Fumadora 20 cig/día
- Obesidad
- Migrañas

“CUANDO ES MEJOR NO TOCAR”

-Enfermedad actual.

- La paciente presenta dolor torácico típico con cortejo vegetativo, acudiendo a CAP donde se realiza ECG que muestra elevación de ST en cara anterior de



“CUANDO ES MEJOR NO TOCAR “

-Dada la elevación de ST se ractiva código inferto y se realiza Coronariografía Diagnóstica:

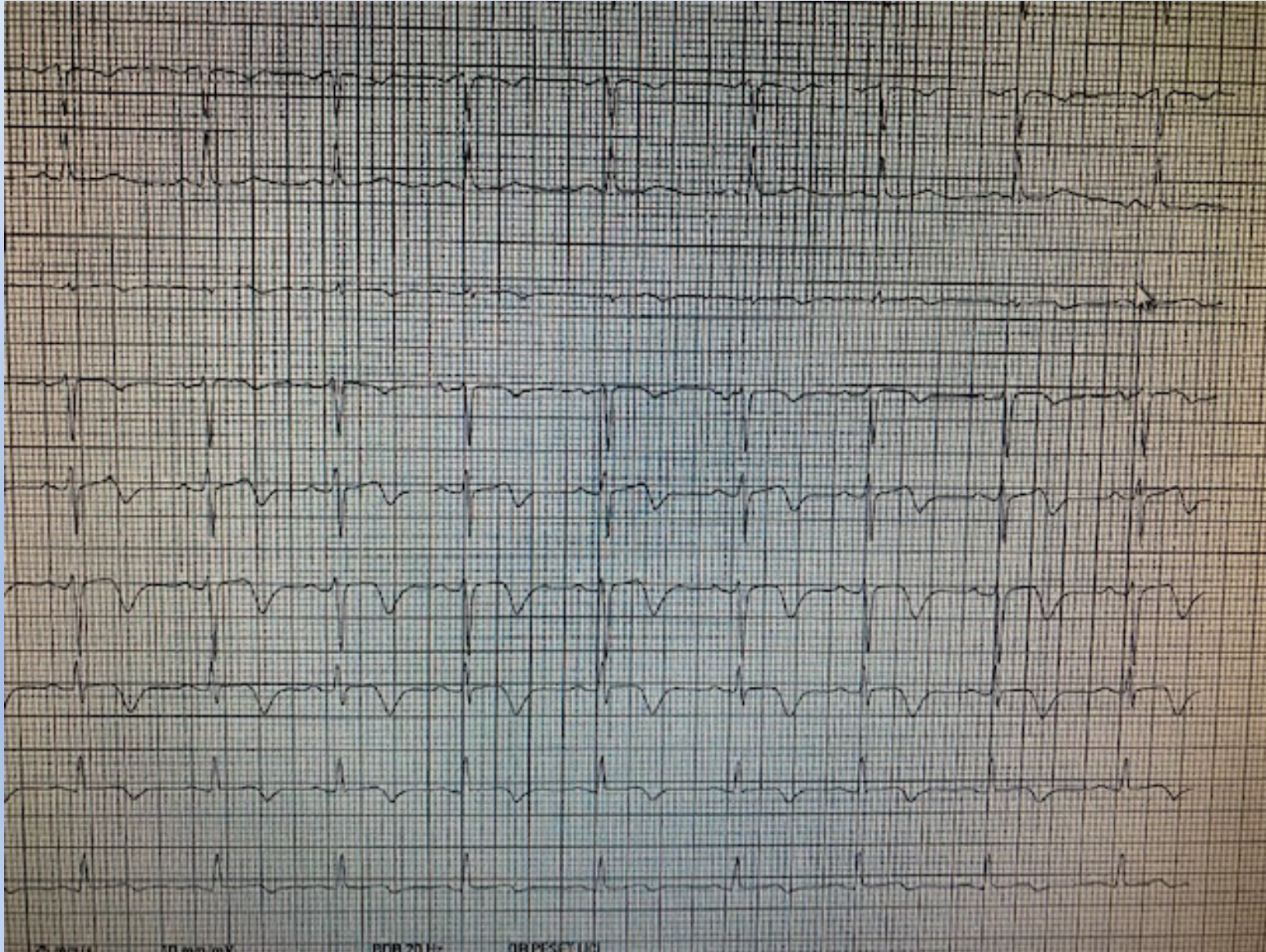
-TCI normal. Cx y CD sin lesiones.

-ADA con pérdida brusca de calibre del vaso a partir de segmento medio hasta distal comn fujo TIMI3.



“CUANDO ES MEJOR NO TOCAR “

-LA paciente se encuentra estable con desaparición del dolor y mejoría de los cambios de ECG.

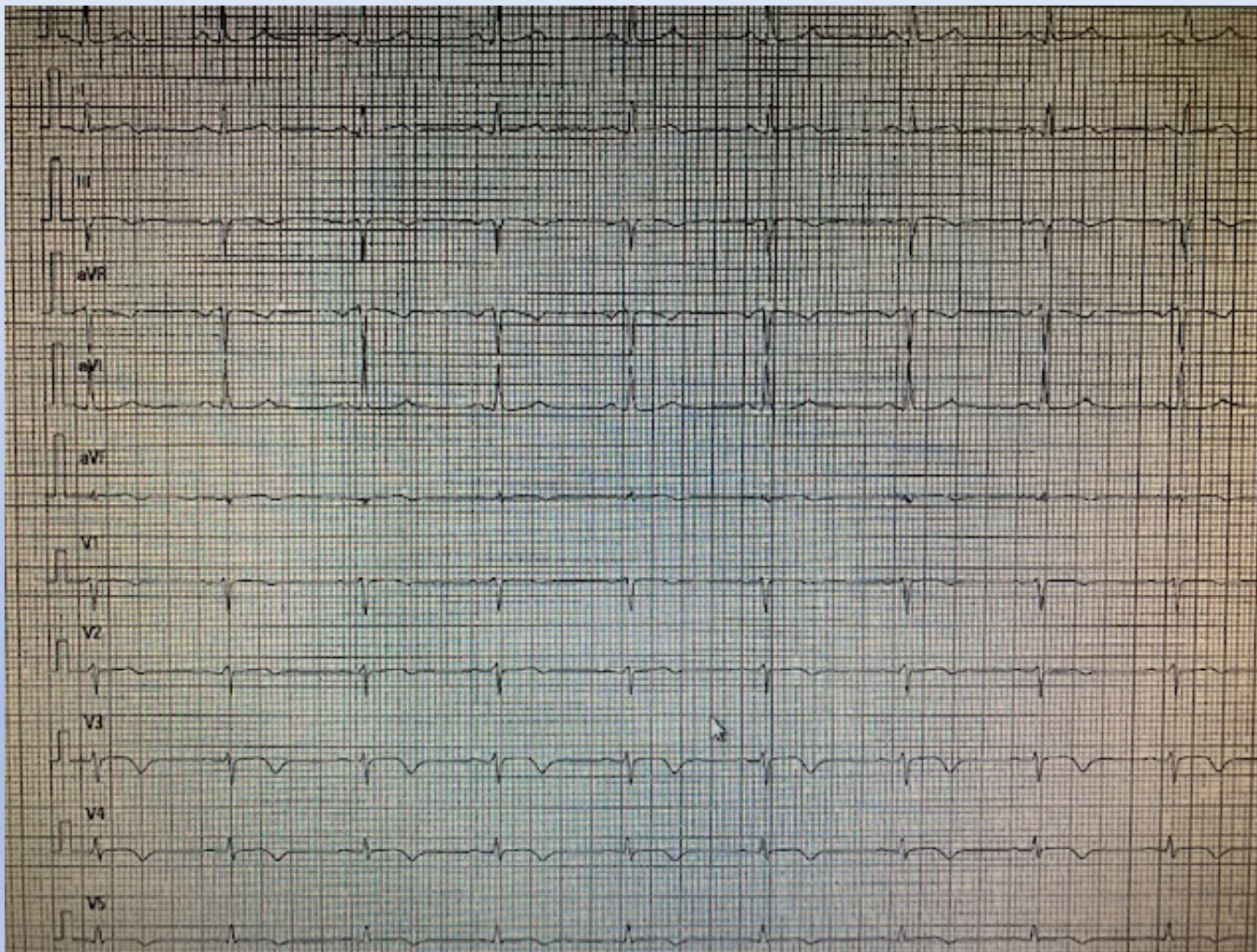


“CUANDO ES MEJOR NO TOCAR “

- Dada el diagnóstico de sospecha de disección coronaria se decide manejo conservador manteniendo tratamiento con : AAS 100 mg, Clopdogrel 75 mg, bisoprolol 2,5 mg, enalapril 10 mg, atorvastatina 40 mg, metformina, trulicity 1,5 mg
- Se mantiene con vigilancia en cuidados intensivos y posteriamente en planta sin nuevos episodios de dolor torácico.
- Se realiza Ecocardiograma transtorácico que muestra: Hipokinesia anteroapical y medioapical inferior con FEVI 45-50%. Ausencia de valvulopatías
- Se complementa con estudio de A. carótidas y A. Renales sin objetivar estenosis.
- Dada de alta con la misma medicación, estable con ECG al alta con T negativa anterior con ST normalizado

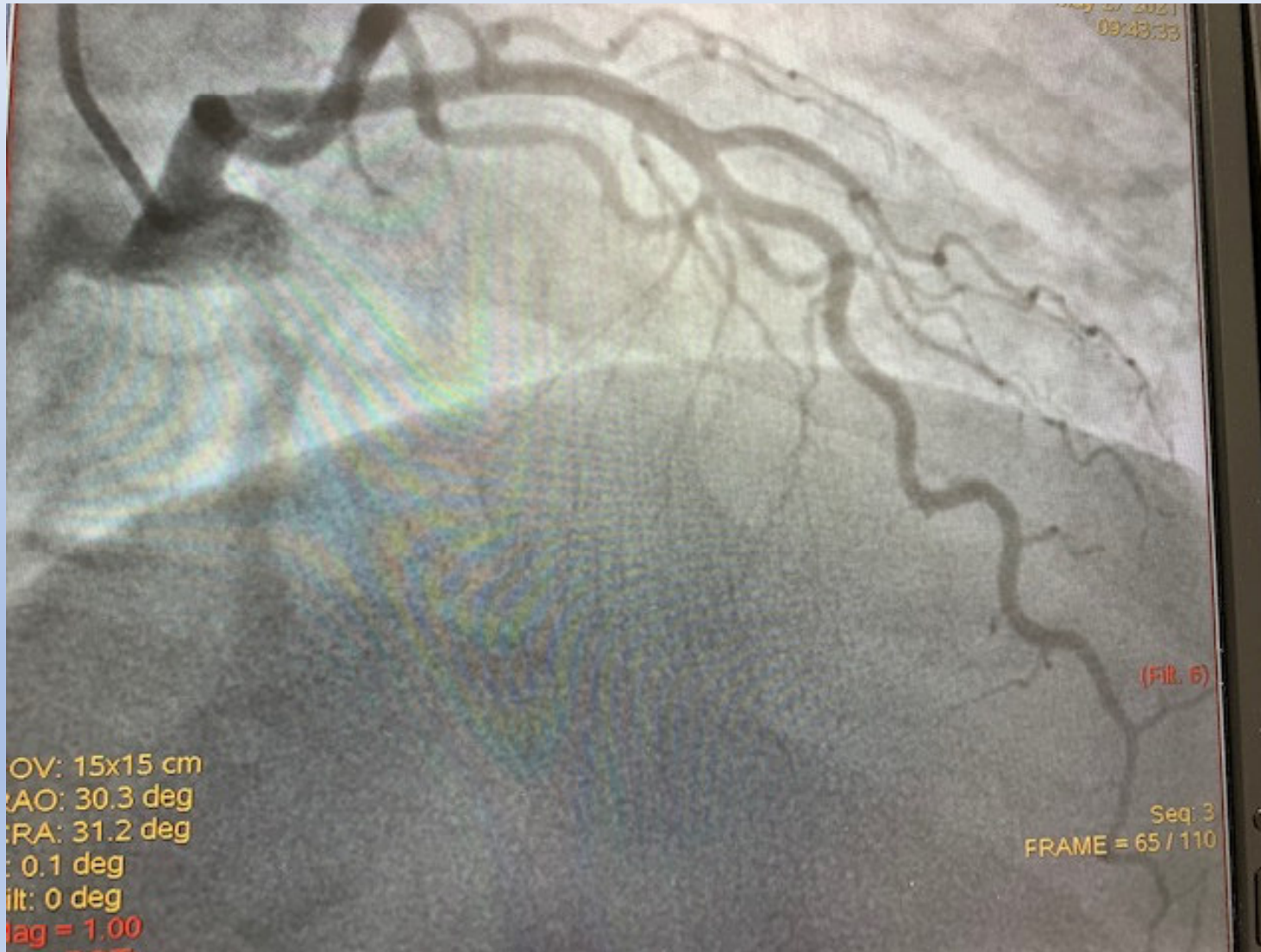
- ECG al alta:

“CUANDO ES MEJOR NO TOCAR “



“CUANDO ES MEJOR NO TOCAR “

-
-Se realiza coronariografía de control 3 semanas después del evento con normalización de las imágenes de estenosis y práctica resolución de las imágenes de disección.



- “CUANDO ES MEJOR NO TOCAR “

-CONCLUSIONES: Disección coronaria espontanea (DCE)

- Se define como una separación espontánea, no traumática, no iatrogénica y no aterosclerótica de la pared arterial por una hemorragia intramural, que puede desencadenarse por desgarro intimal o hemorragia espontánea
- Esto crea una luz falsa con un hematoma intramural que comprime la luz verdadera ocasionando isquemia o un infarto de miocardio
- La mayoría de los pacientes incluidos eran mujeres (cerca del 90%)
- La DCE periparto y las conectivopatías fueron dos importantes factores predisponentes para las complicaciones cardiovasculares a los 30 días. Más del 80% recibieron un manejo conservador inicial y esta es la actitud más recomendable a seguir, ya que la angioplastia no previene de la extensión de la disección, aunque sí es aconsejable prolongar el tiempo de observación intrahospitalario.
- Las técnicas de diagnóstico intracoronaria (IVUS; OCT) permiten la confirmación diagnóstica pero hay que seleccionar el caso por un posible empeoramiento y progresión de la disección al realizar la técnica y se recomienda realizarlas sólo en casos dudosos
- El tratamiento de elección es conservador salvo que no sea posible