

---

# **DISECCIÓN CORONARIA ESPONTANEA OCLUSIVA**

---



**Dr Roberto Blanco Mata  
Hospital Universitario Cruces**

## PRESENTACIÓN DEL CASO:

- Mujer de 49 años que ingresa por sospecha de SCASEST de alto riesgo (IAMSEST).

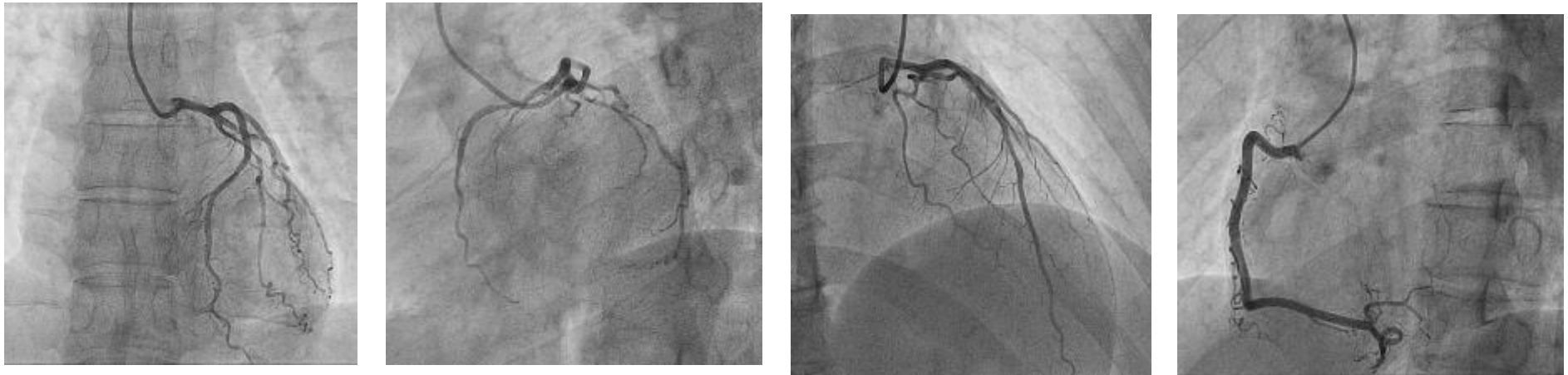
### ANTECEDENTES PERSONALES:

- No alergias medicamentosas conocidas. Exfumadora de 2 cigarrillos/día desde hace 1 año. Niega otros hábitos tóxicos. No HTA ni DM. Dislipemia.
- Colitis ulcerosa con buen control y sin brotes recientes.
- Anemia ferropénica episódica (hipermenorrea).
- Urticaria colinérgica.

### Historia Cardiológica:

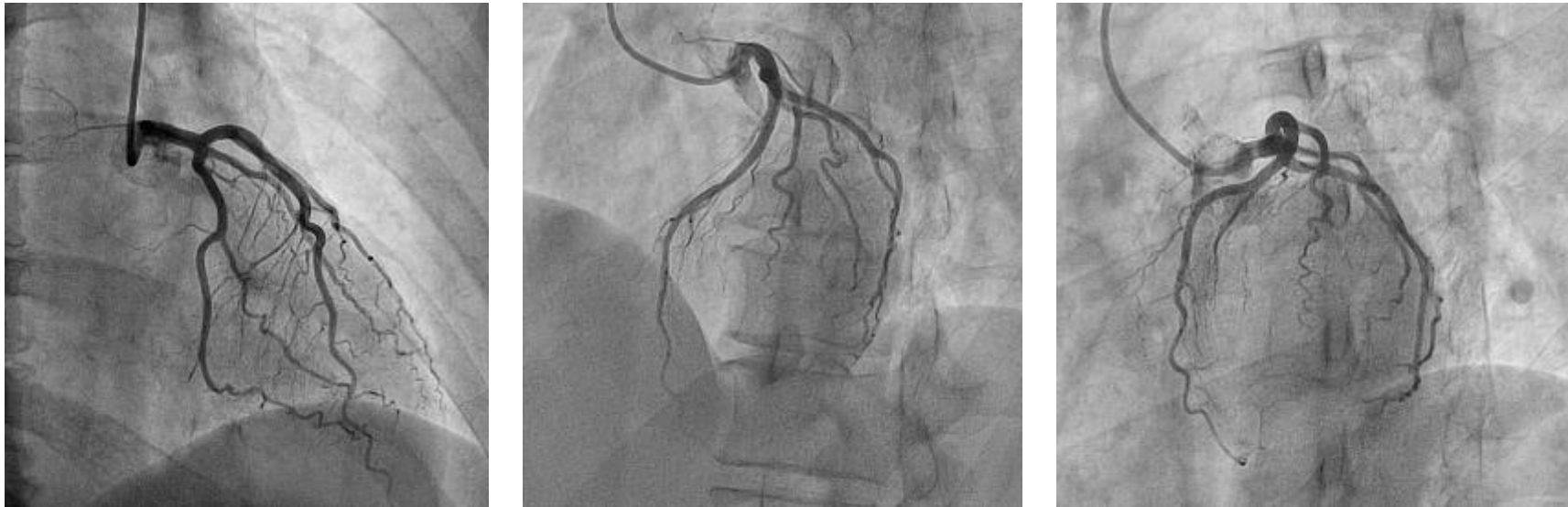
- Debuta en 01/2015 con IAMSEST inferoposterolateral con EAC de un vaso (CX-OM), estudiada con IVUS se comprueba disec coronaria espontánea (DCE) con hematoma intramural, que se extiende desde TCI hacia Cx alcanzando las ramas marginales. Tratado de forma conservadora (triple terapia 1 semana y DAPT 1 año). Comprobación angiográfica al 5º día, con estabilización del hematoma, y al 1º mes (03/2015) con reabsorción completa del hematoma. Estudio de hipercoagulabilidad negativo, TAC negativo para displasia fibromuscular.

## 1er EPISODIO DE DCE: diagnóstico



- Debuta en Enero 2015 con SCASEST con DCE que afecta a la C Izda. Por IVUS se comprueba que se extiende desde TCI avanzando hacia DA y sobre todo hacia CX, afectando a los ramos marginales.
- La Coronaria Derecha no presenta lesiones.

## 1<sup>er</sup> EPISODIO DE DCE: control tras manejo conservador



- Tras 5 semanas se realiza comprobación angiográfica con resolución del hematoma mural

## 2º EPISODIO DE DCE: Diagnóstico



- En Marzo 2021 reingreso por SCASEST : (Troponina I 167/ 190).
- La Coronaria izda no presenta lesiones significativas.

## 2º EPISODIO DE DCE: Diagnóstico

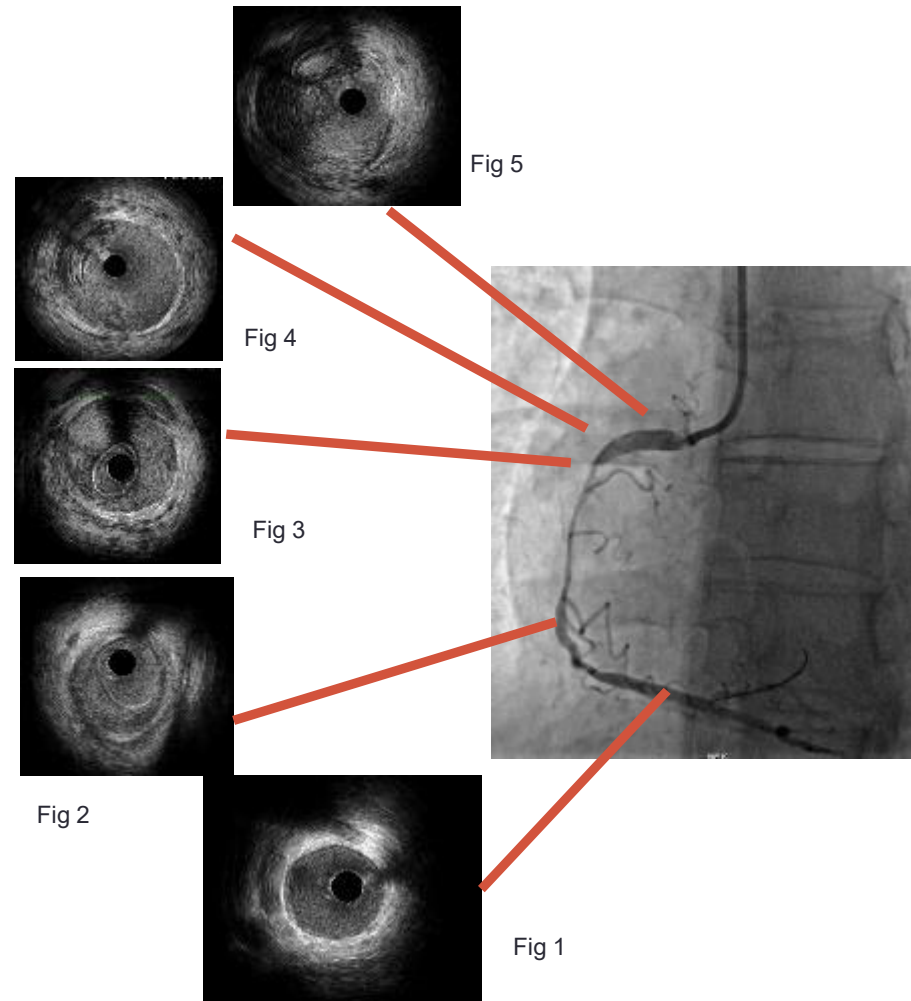


- Ante la sospecha de nueva DCE, se sonda la coronaria derecha con catéter AR-1 guía 6F, se vigila que no vaya colapso de la curva de PA y se realiza un pequeño test que muestra retención del contraste en el origen de la CD. Desde fuera se objetiva que probablemente se acaba de ocluir con el test.
- La paciente permanece asintomática.

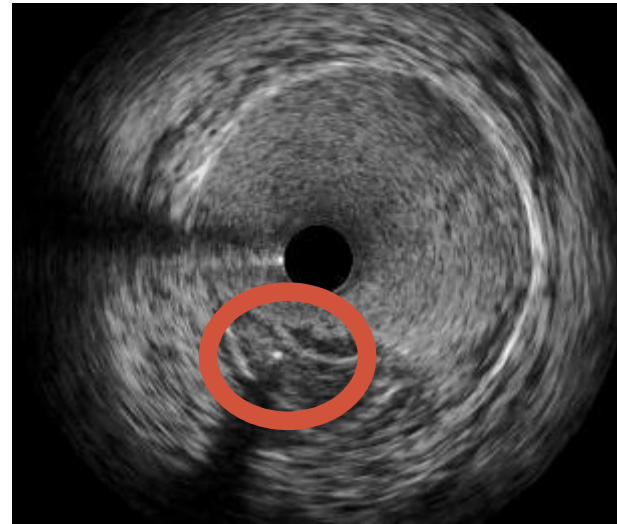
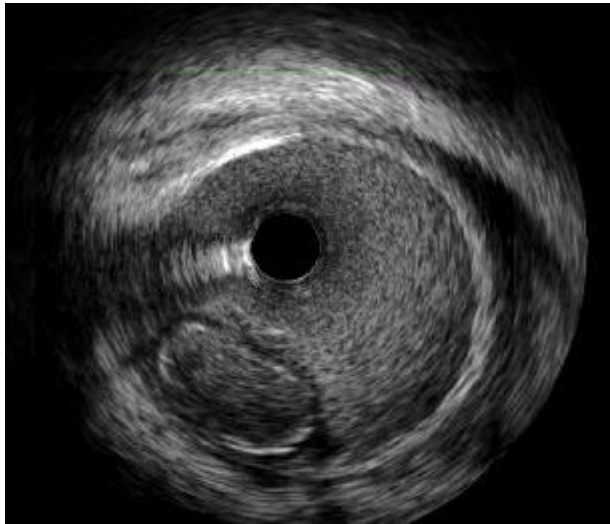
## 2º EPISODIO DE DCE:

Se realiza IVUS:

- Fig 1: CD distal sin afectación.
- Fig 2 y 3: DCE con hematoma mural en CD medial, con luz colapsada y guía en verdadera luz.
- Fig 4 y 5: DCE con afectación de CD proximal, con guía por falsa luz, con luz verdadera colapsada, aprox a las 11h.



## 2º EPISODIO DE DCE: Recuperación de luz verdadera

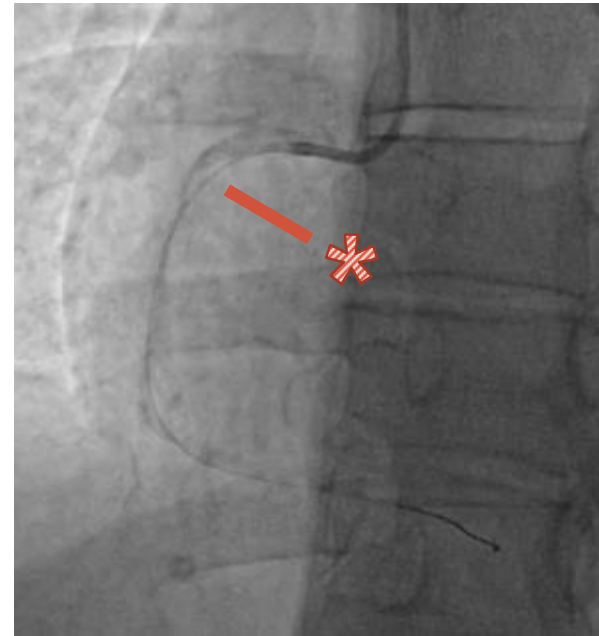
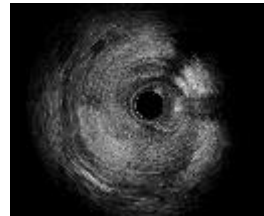


- Con control de IVUS, se cambia posición de catéter y se consigue avanzar guía por dentro de la luz verdadera (circulo).



## 2º EPISODIO DE DCE: Comprobación guía en luz verdadera

- Se comprueba con IVUS y se verifica que se avanza por luz verdadera desde el origen de la CD hasta la CD distal.
- (\*)Detalle de la guía avanzando por luz verdadera desplazada lateralmente.

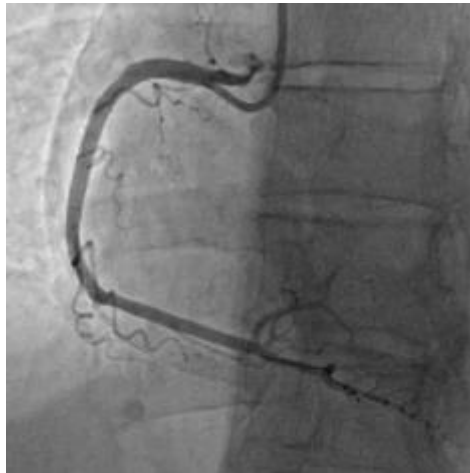


## 2º EPISODIO DE DCE: ESTRATEGIA

- Se predilata con balón Pantera 3 x 15 y balón de corte Wolverine 3 x 10.
- Dada la afectación desde el ostium de CD, y el gran hematoma con tendencia a colapso de la luz verdadera se decide reconstruir la CD mediante empleo de armazón bioabsorbible de Mg.



## 2º EPISODIO DE DCE: RESULTADO FINAL



- Se implantan 4 stents farmacoactivos reabsorbibles de Magnesio de distal a proximal , Magmaris 3 x 20, Magmaris 3 x 25, Magmaris 3,5 x 25 y Magmaris 3,5 x 20 , y finalmente se implanta cubriendo el ostium un SFA Synergy 4 x 12.
- Tras el cateterismo Tnl max 570.
- A los 9 meses permanece asintomática.



## CONCLUSIONES:

- En las disecciones coronarias espontaneas el tratamiento de elección es el manejo conservador.
- Sin embargo, cuando la DCE es oclusiva y con riesgo de afectación retrograda hacia la aorta, la reconstrucción con armazones bioreabsorbibles es una opción terapéutica a valorar.

