

Infarto Agudo del Miocardio en Mujer Joven

Utilidad de la Tomografía de Coherencia Óptica durante el
intervencionismo primario y en el seguimiento.

Dr. Kristian Rivera
Cardiología Intervencionista

Historia Clínica

- Mujer de 45 años sin ningún factores de riesgo cardiovascular.
- Acudió a Urgencias por historia de 2 horas de dolor torácico opresivo, con irradiación a cuello y brazo izquierdo, acompañado de diaforesis.
- Electrocardiograma inicial en ritmo sinusal, con desnivel positivo del segmento ST de 3mm de V1 a V4.
- Ecocardiograma basal con fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 40% por acinesia anterior y apical.

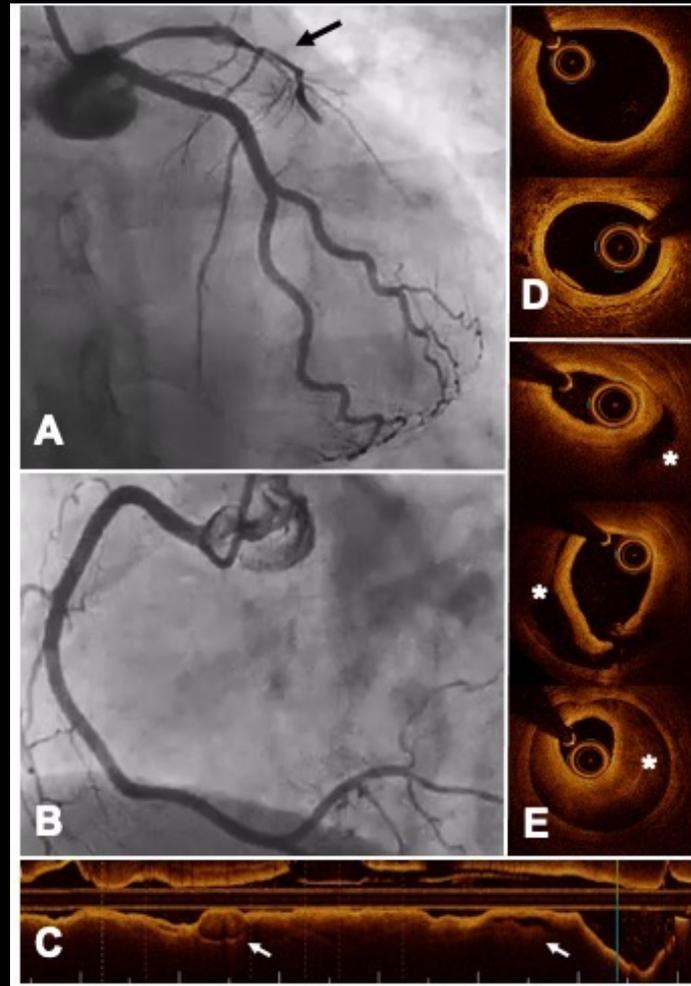
Coronariografía

- Se activó código-IAM.
- Se realizó coronariografía, donde se documentó dominancia derecha, lesión difusa significativa de Descendente Anterior (DA) proximal y sub-oclusión aguda en segmento distal (Figura 1-A).
- Circunfleja y Coronaria Derecha sin lesiones angiográficas (Figura 1-A y 1-B).

Tomografía de Coherencia Óptica (TCO)

- Se utilizó catéter guía EBU 3,5 y se avanzó guía de angioplastia hacia lecho distal de descendente anterior, recuperando flujo.
- Por el contexto clínico (mujer joven , sin factores de riesgo cardiovascular), se decidió realizar TCO.
- Se observó ausencia de placas ateromatosas (Figura 1-C-D) , con un hematoma intramural de más de 60mm desde el segmento proximal hasta el distal de la DA, con una imagen de rotura de la pared intimal a nivel medio (Figura 1 C-E).
- Se concluyó en **Disección Arterial Coronaria Espontánea**.

Figura 1.



Intervencionismo coronario percutaneo (ICP)

- La paciente persistia con dolor torácico , hipotensión arterial sistémica, manteniendo los cambios electrocardiográficas basales por lo que se decidió ICP para intentar sellar todo el segmento con disección (Figura 2-A).
- Se implantaron 2 stents liberadores de fármaco 2,75mm x 38 mm y 3,0 mm x 26mm, dejando un pequeño gap (Figura 2-B), comprobando un buen resultado mediante angiografía y tomografía de coherencia óptica (Figura 2 C-F). Se destaca el hematoma contenido (Figura 2, asteriscos).

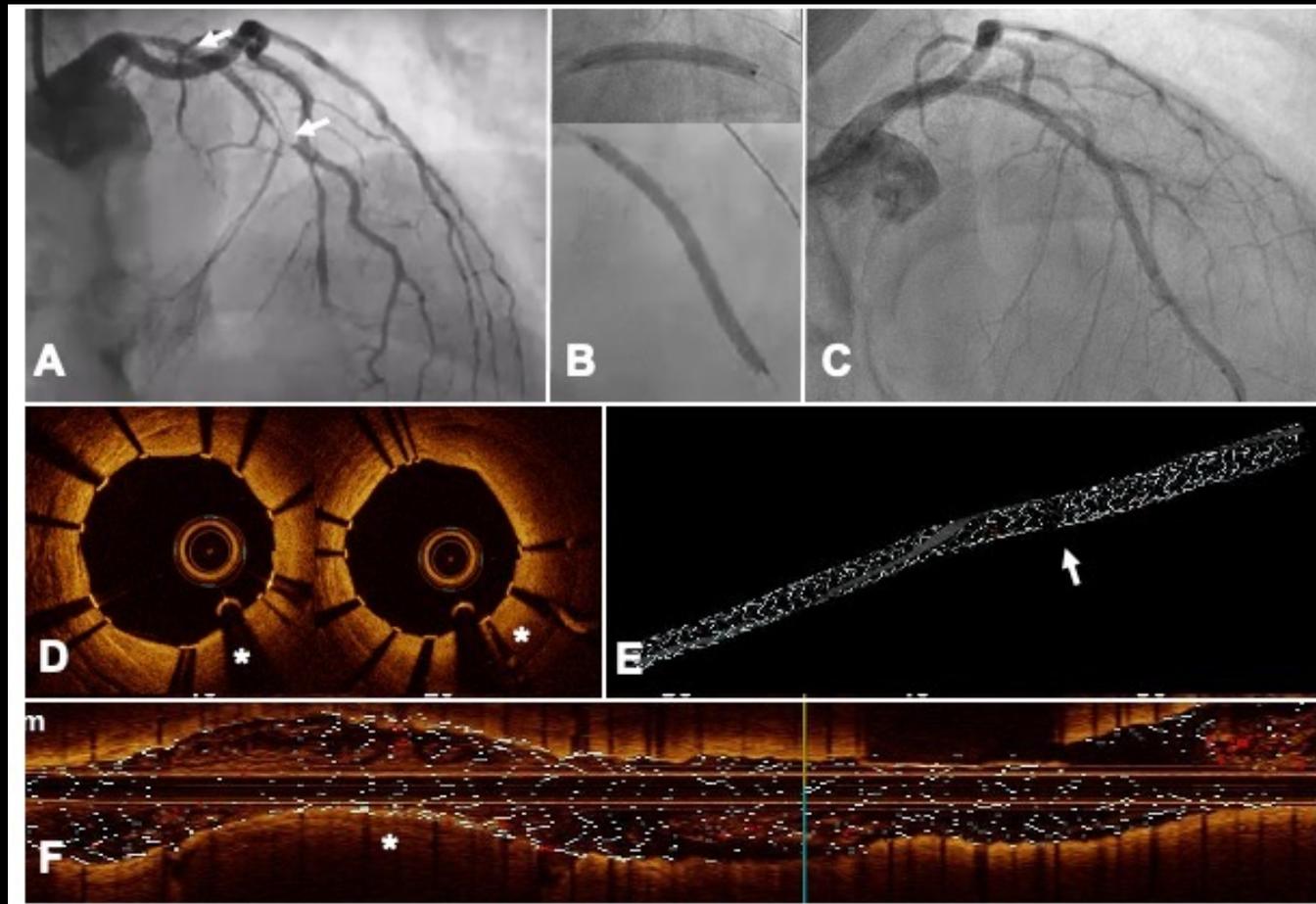


Figura 2.

Control angiográfico y por TCO a la semana.

- Se realiza nueva coronariografía a la semana del episodio, donde se documenta buen resultado angiográfico (Figura 3-A).
- Mediante TCO se observa reabsorción parcial del hematoma, con adecuada expansión de los stents (Figura 3 B-C), además de un segmento con mala aposición focal (Figura 3-B, flecha).

15

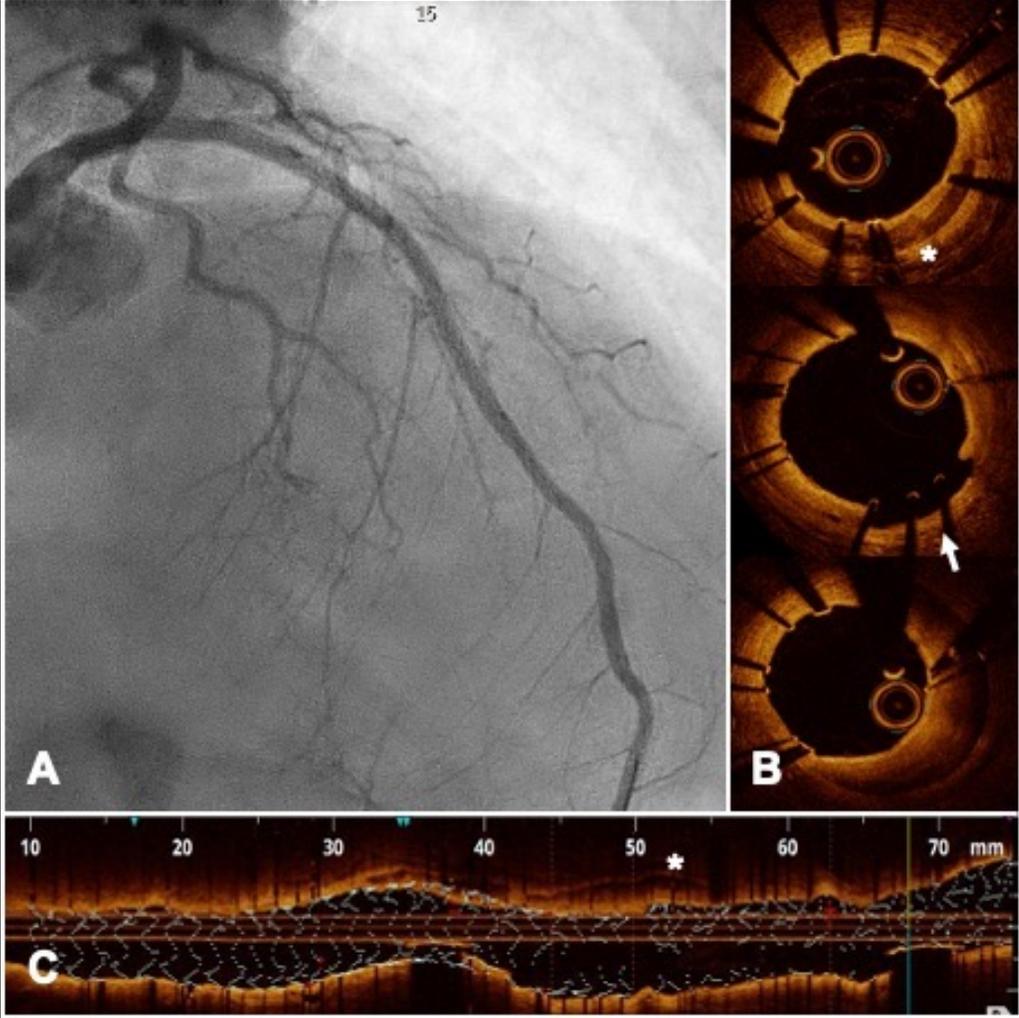
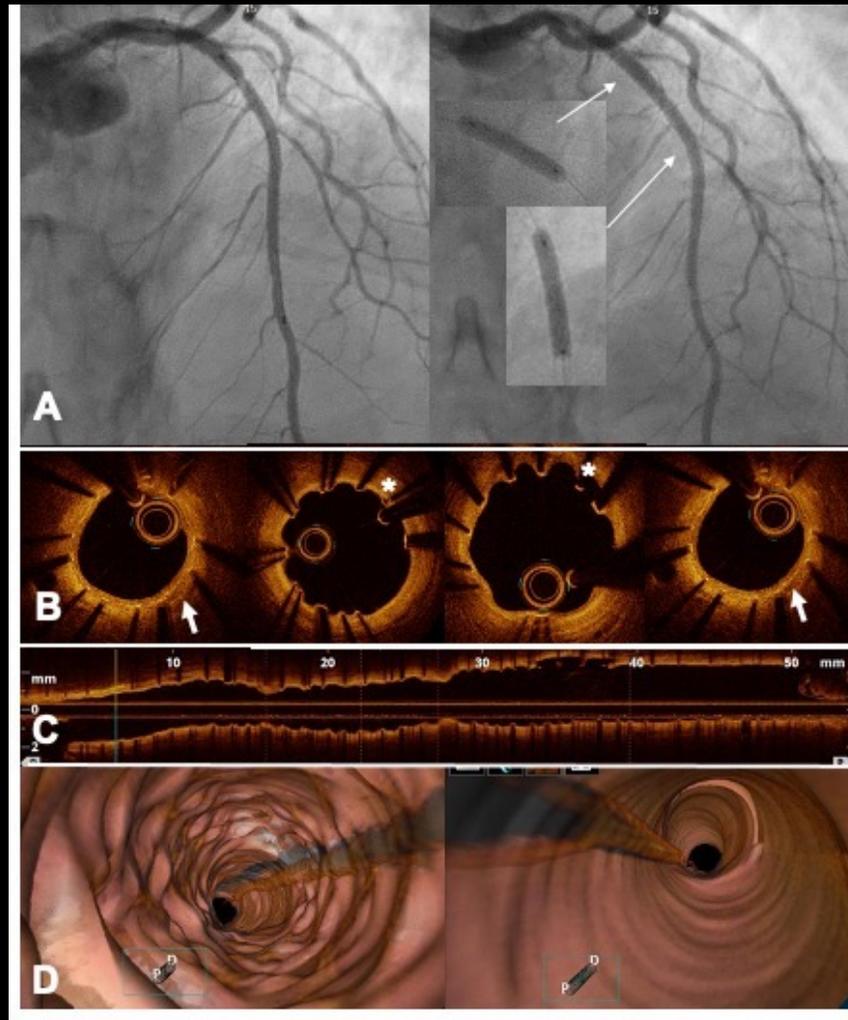


Figura 3.

Control angiográfico y por TCO al mes.

- Se decide realizar último control al mes del episodio.
- Se comprobó buen resultado angiográfico (Figura 4-A)
- A través de la TCO se documentó reabsorción completa del hematoma sub-intimal (Figura 4-B, flecha) y adecuada expansión de los stents,. Destaca una zona con mala aposición en el segmento medio del stent proximal, además de varias zonas de evaginación intimal (**Figura 4-B, asteriscos, Figura 4 C-D**).
- Se realizó angioplastia coronaria percutánea con un balón no distensible de 3,5x20mm comprobando mediante TCO adecuada aposición y expansión de los stents, además de la mejoría de la evaginación coronaria.

Figura 4.



Conclusiones

- Presentamos el caso de una paciente joven sin factores de riesgo cardiovascular, con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio anterior secundario a una **Diseccción Arterial Coronaria Espontánea de la DA**, en la que se decidió ICP por la persistencia de síntomas e inestabilidad hemodinámica, con control angiográfico y TCO a la semana y al mes del episodio índice, documentando la reabsorción del hematoma y la presencia de segmentos de los stents mal aposicionados y con evaginaciones coronarias, por lo que se optimizó el tratamiento con angioplastia simple.
- Se destaca la utilidad de la TCO para el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas en el momento inicial y durante el seguimiento.