

Hematoma coronario. Tratar o no tratar

J Gabriel Galache Osuna

Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista.

Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

- Hematoma/disección coronaria espontánea es la separación entre las capas que conforman la arteria con la creación de dos espacios vasculares, uno falso y otro verdadero, produciendo una compresión externa de la luz verdadera con la disminución del flujo sanguíneo.
- Puede ser la causa de más del 3% de todos los síndromes coronarios agudos.
- Etiopatogénia desconocida pero no tiene origen aterosclerótico. La teoría de la hemorragia intramural espontánea a nivel de los vasa vasorum como mecanismo desencadenante es la más aceptada.
- Las mujeres de mediana edad son las más afectadas: 90% de los casos.
- Factores desencadenantes: situaciones de gran estrés emocional, ejercicios físicos intensos sobre todo de fuerza, tratamientos hormonales femeninos, maniobras de Valsalva.
- Situaciones clínicas relacionadas o enfermedades predisponentes: el embarazo sobre todo en el primer mes postparto, las enfermedades del tejido conectivo (Síndrome de Marfan, Ehlers-Danlos) o enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico y la displasia fibromuscular.

CASO CLINICO

- Mujer de 53 años con un IAMSEST anterior. Ecocardiograma con hipoquinesia anterior medio y apical.
- Coronariografía: ausencia de lesiones en coronaria derecha y circunfleja
 - Lesión larga con estenosis crítica de la arteria descendente anterior media con severa reducción de la perfusión y lecho distal. Disección tipo II. Figura 1.
 - La ecografía intracoronaria confirmó la disección con imagen de doble luz distal y la presencia de un hematoma de la falsa luz (Figura 2).
 - Se realizó intervencionismo percutáneo implantándose un stent directo farmacoactivo liberador de biolimus con excelente resultado angiográfico (Fig.3). El IVUS permitió determinar la longitud del stent delimitando la zona de hematoma con vistas a dejar márgenes amplios proximal u distal a la misma.
- La paciente fue dada de alta sin complicaciones.

DISCUSIÓN

- El vaso más afectado suele ser la arteria descendente anterior.
- Las pruebas de imagen intracoronaria no se realizan de forma rutinaria para el diagnóstico de los hematomas/disección por el aumento de complicaciones durante el procedimiento.
- Hay falta de consenso sobre que hacer tras el diagnóstico ya que:
 - Una gran parte de las DCE se solucionan de forma espontánea. El manejo conservador frente al intervencionista podría ser una buena opción.
 - El tratamiento con stents en las disecciones tipo I tiene una gran tasa de complicaciones, lo que hace que el tratamiento conservador sea el de elección siempre que sea posible.
 - El implante de stent o el tratamiento conservador dependerá fundamentalmente de la situación clínica del paciente.
- En nuestro caso se trataba de un IAMSEST con persistencia de síntomas y afectación de DA con gran extensión ecocardiográfica por lo que se decidió el tratamiento intervencionista.
- En el implante de stent asegurar ir de zona sana a zona sana por IVUS.

DISCUSIÓN II

- Los anticoagulantes o los inhibidores de los receptores plaquetarios IIb/IIIa estarían contraindicados por la teórica posible progresión de la disección.
- Los betabloqueantes parecen reducir la progresión de la disección coronaria y pueden disminuir la recurrencia de IAM en pacientes con antecedentes de DCE.
- La mortalidad intrahospitalaria y a largo plazo es baja en comparación con otras patologías.
- La incidencia de nuevos eventos llega a ser de un 12% de DCE a medio plazo.

CONCLUSIÓN

- El hematoma/disección coronaria espontánea es una entidad cada vez más diagnosticada.
- Es un patología especialmente frecuente en mujeres jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular.
- La utilización de técnicas de imagen intracoronaria ha permitido una mayor comprensión fisiopatológica de la enfermedad, si bien no están recomendadas de forma rutinaria. Aunque pueden ayudar en caso de considerar el tratamiento con stent.
- Persiste controversia sobre cual debería ser el mejor tratamiento, aunque el manejo conservador podría ser la estrategia de elección para una gran parte de los pacientes.
- No obstante en algunos casos con gran territorio afectado y persistencia de síntomas y afectación eléctrica y ecocardiográfica podría estar indicado el tratamiento con stent.



