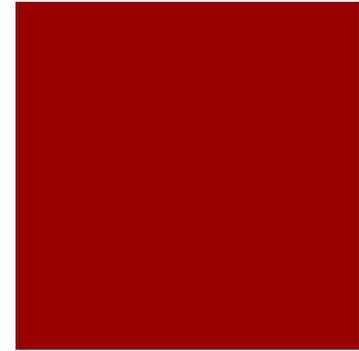




IAMCEST EN
MUJER JOVEN. NO
SIEMPRE ES CULPA
DE UN TROMBO.

VICENTE PERNIAS.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CASTELLÓN

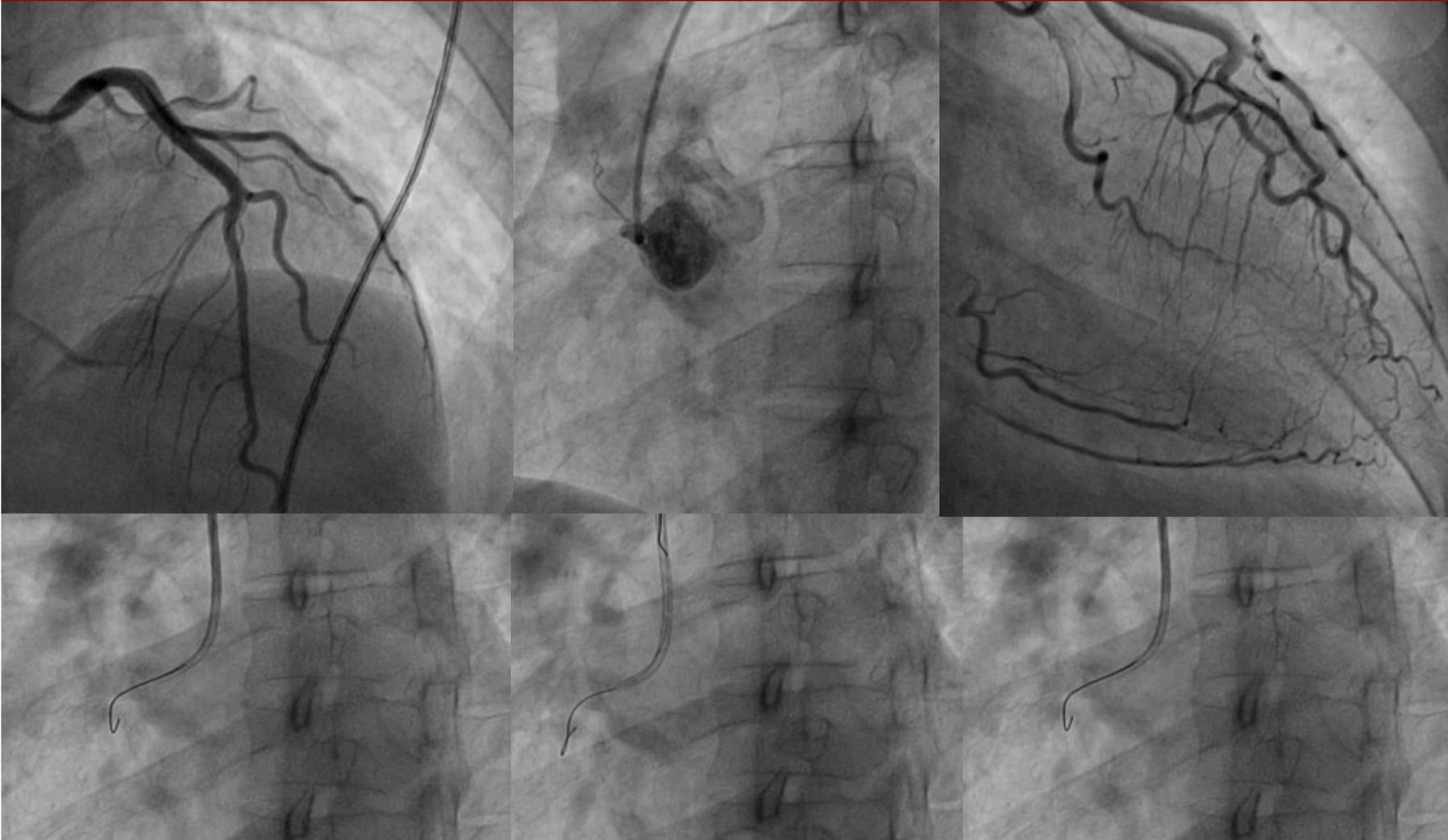
CASO CLÍNICO:



- Mujer 33 años sin FRCV.
- Dolor torácico opresivo con elevación ST de 3 mm en II-III-aVF. Troponina T us 29.7pg/mL (0-14 pg/mL).
- Se activa código infarto. AAS 500mg y Clopidogrel 600mg.
- Ingreso en cardiología: DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA
 - Asintomática, sin nuevos episodios de dolor torácico.
 - RMN: FEVI 43%. Aquinesa de cara inferior e inferoseptal. Necrosis reciente de 6 segmentos de CD, afectación transmural 1 segmento y viabilidad 5 segmentos.
- “Heart Team”: Reevaluación en 1 mes. Ante persistencia de angina de esfuerzo se decide revascularización percutánea el 09/03/2018 mediante abordaje híbrido.

TCI, ADA, ACX sin lesiones.

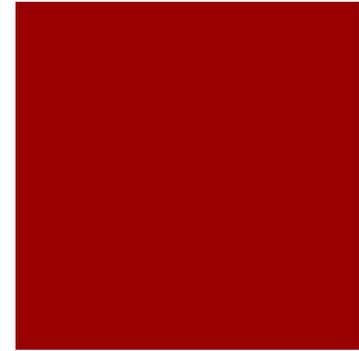
ACD: Dominante, oclusión completa muy proximal con lecho distal visualizado por colaterales heterocoronarias.



Se sonda ACD con catéter guía SheatLess JR4 6F. Se intenta avanzar guías Sion Blue y Pilot 50 sin conseguir avanzar por luz verdadera.

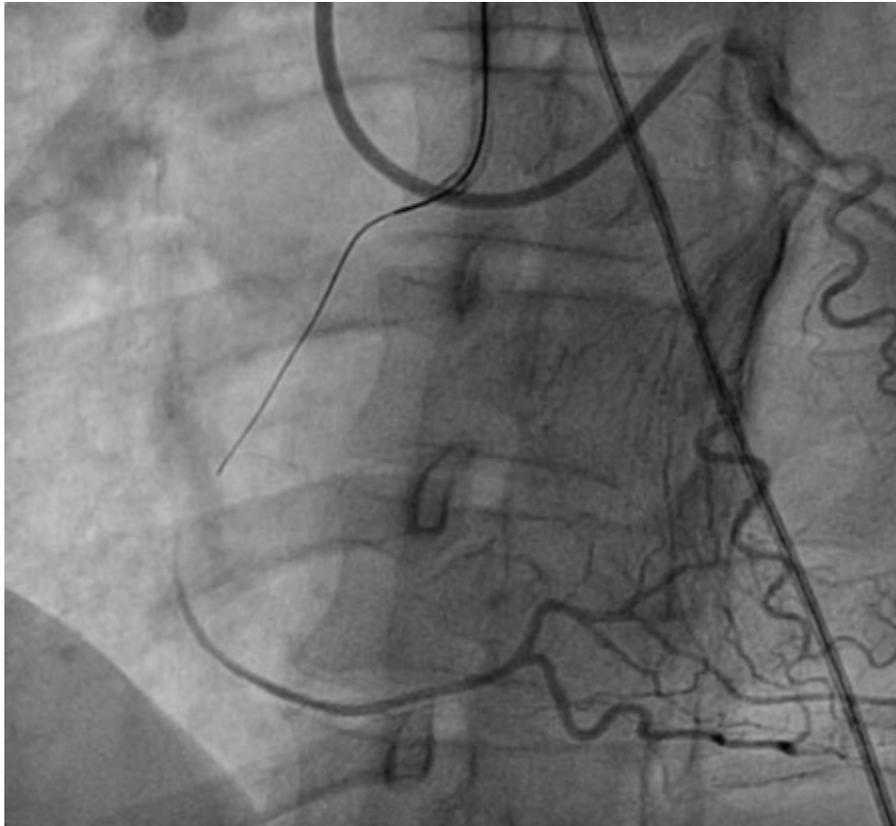
Tras múltiples intentos, ante la sospecha de DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA y estando la paciente asintomática, se da por finalizado el procedimiento.

CASO CLÍNICO:



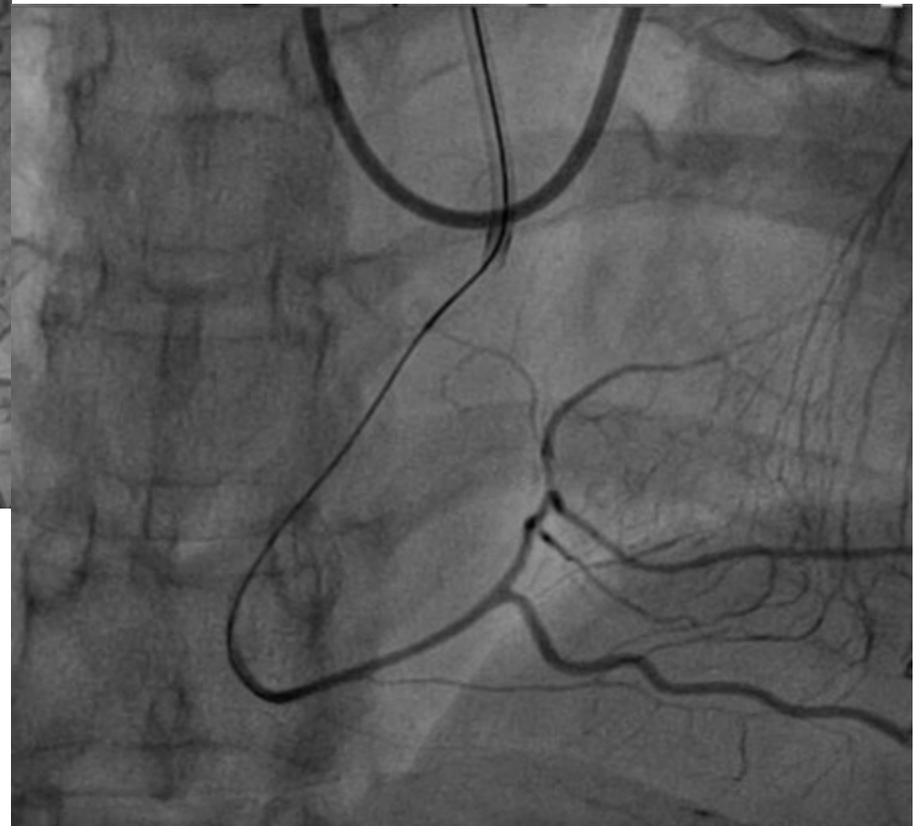
- Mujer 33 años sin FRCV.
- Dolor torácico opresivo con elevación ST de 3 mm en II-III-aVF. Troponina T us 29.7pg/mL (0-14 pg/mL).
- Se activa código infarto. AAS 500mg y Clopidogrel 600mg.
- Ingreso en cardiología: DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA
 - Asintomática, sin nuevos episodios de dolor torácico.
 - RMN: FEVI 43%. Aquinesa de cara inferior e inferoseptal. Necrosis reciente de 6 segmentos de CD, afectación transmural 1 segmento y viabilidad 5 segmentos.
- “Heart Team”: Reevaluación en 1 mes. Ante persistencia de angina de esfuerzo se decide revascularización percutánea de forma programada mediante abordaje híbrido.

Se canaliza TCI desde radial izquierda con catéter SheatLess PB3.5 6.5F
Se canaliza ACD desde radial derecha con catéter guía JR4 7F.

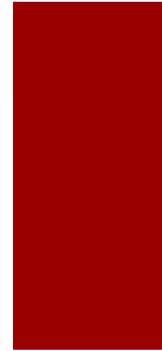
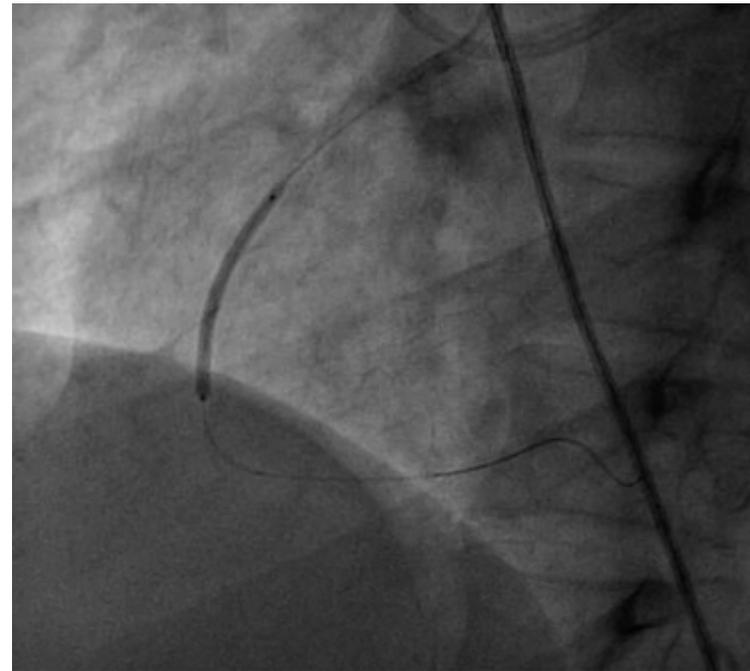
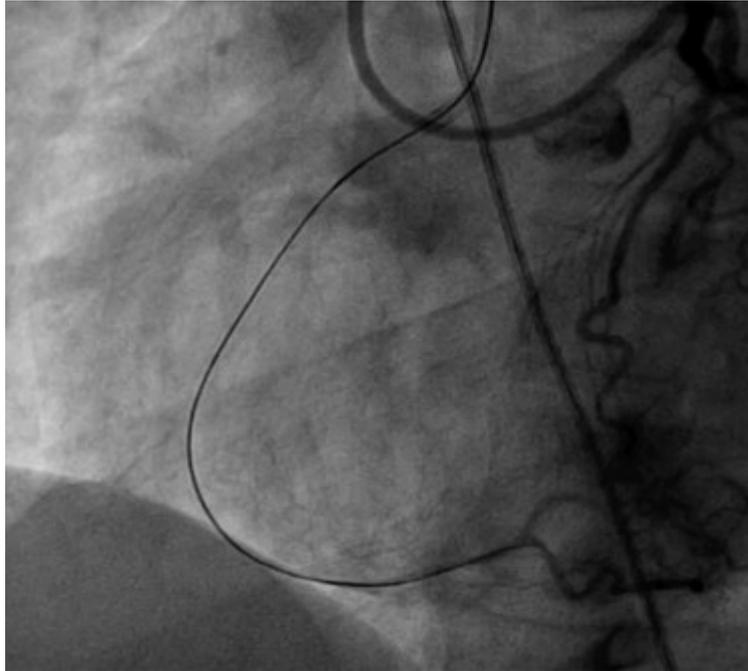


Se comprueba la correcta localización de la guía en luz verdadera mediante inyecciones contralaterales.

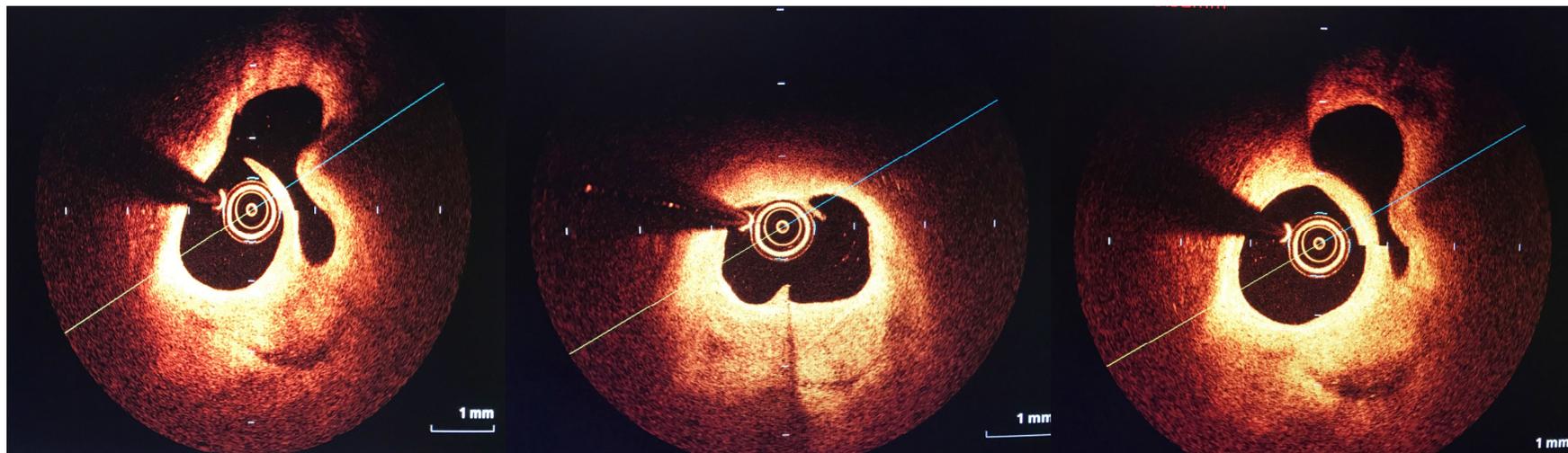
Se cruza la oclusión con guía Fielder XT y apoyo de miocrocáteter Caravel.



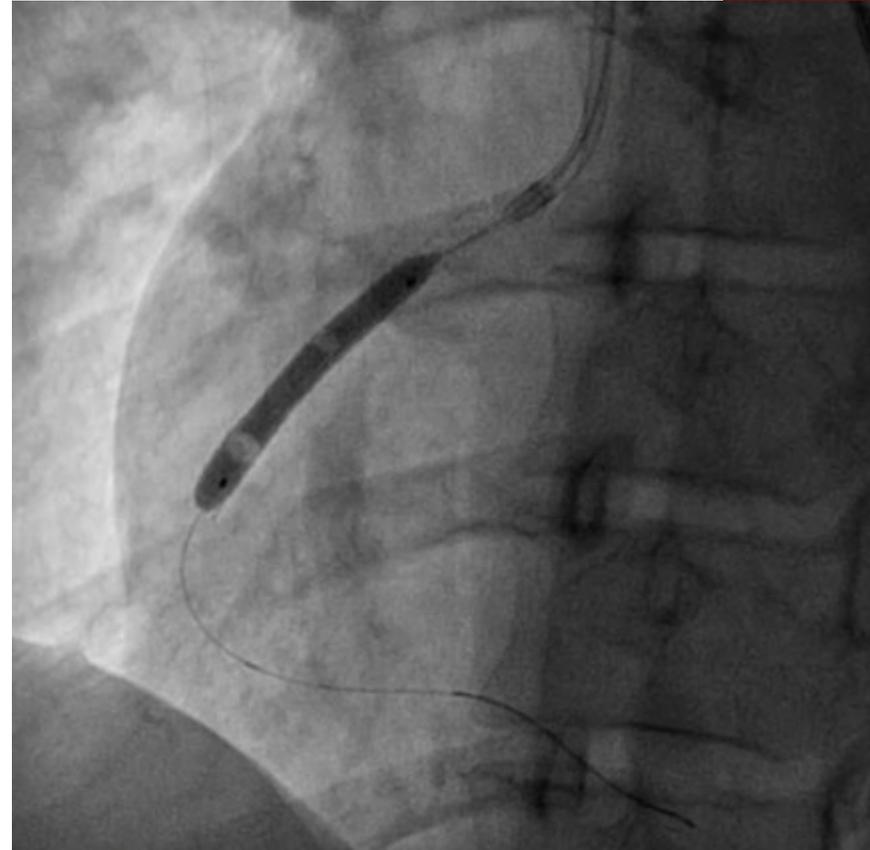
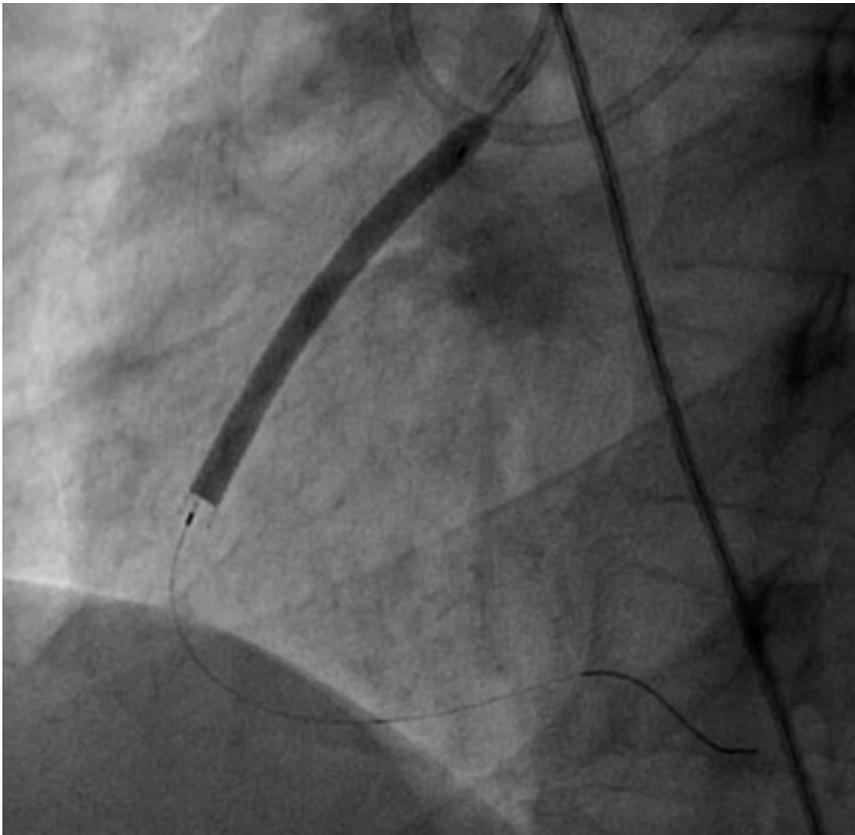
Se intercambia por guía Wishper HS y se predilata con balón semi-compliant 2,0 x 30 mm



Se realiza OCT para valorar diámetro del vaso y localización de la guía.



Se implanta stent farmacoactivo
recubierto de everolimus 3.5 x 48
mm a 14 atm.

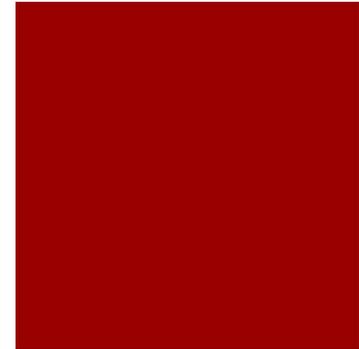


Finalmente se postdilata
intrastent con balón de alta
presión 4,0 x 30 mm a 18 atm.



Buen resultado angiográfico final.

European Society of Cardiology, acute cardiovascular care association, SCAD study group: a position paper on spontaneous coronary artery dissection



- Mujeres jóvenes. Embarazo o postparto.
- Afectación segmentos medios y distales.
- Manejo conservador 1º opción.
- Revascularizar si: inestabilidad HD, ausencia flujo distal, isquemia mantenida (peor pronóstico que enfermedad aterosclerótica)
- Riesgos:
 - Diseccción yatrógena secundaria.
 - Guía falsa luz.
 - Propagación diseccción distal o proximal al liberar el stent (valorar SIEMPRE con prueba de imagen).
 - Oclusión rama lateral.

David Adlam, Fernando Alfonso, Angela Maas, Christiaan Vrints, Writing Committee; European Society of Cardiology, acute cardiovascular care association, SCAD study group: a position paper on spontaneous coronary artery dissection, *European Heart Journal*.