

Editorial: Hospital Metropolitano

ISSN (impreso) 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303

Edición: Vol. 29 (suppl 2) 2021 - noviembre

DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/supple2/2021/27-28>

URL: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/341>

Pág: 27-28

Diseción de tronco coronario izquierdo como complicación post cateterismo cardiaco. Resolución por cirugía de Revascularización miocárdica de Emergencia

INTRODUCCIÓN

La diseción coronaria es la separación patológica de las capas de la arteria coronaria. Esta puede ocurrir por el catéter guía o filamento guía dentro del lumen del vaso, por la utilización de otros dispositivos tales como catéter de extensión a la realización de la técnica (mother and child) o la expansión excesiva del balón o del stent¹.

La diseción causada por la manipulación del catéter usualmente ocurre en el segmento ostial o proximal del vaso, esta puede de manera retrograda a la raíz de la aorta o propagarse hacia el segmento distal de la arteria coronaria. Se ha documentado que aquellos pacientes con raíz aórtica pequeña poseen un mayor riesgo de disecciones causadas por catéteres.

Las complicaciones en estos tipos de procedimientos están a la orden del día, alrededor del 0,11% de los pacientes que se le realiza este procedimiento fallecen en el mismo. Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran las vasculares que ocurren en el 0,43% aunque han ido disminuyendo luego de la utilización del acceso radial².

En aquellas lesiones ostiales se prefiere la utilización de catéter con agujeros laterales, sin embargo, se ha relacionado un aumento del uso de medio de contraste a la utilización de estos catéteres. Al ocurrir las disecciones coronarias el paciente durante el procedimiento puede permanecer asintomático, pero generalmente presentan dolor torácico, elevación del segmento ST, cierre abrupto de la arteria coronaria hasta llegar al colapso hemodinámico³.

CASO CLÍNICO

Se presenta de caso clínico, de una paciente femeni-

na de 52 años, obesa, sin antecedentes patológicos de relevancia, con Prueba de esfuerzo positiva compatible con isquemia, realizada días previos. Acude a la emergencia con cuadro clínico de 5 días de evolución caracterizado por dolor precordial opresivo de intensidad moderada con un índice de EVA 5/10 que con el pasar de los días había aumentado. El día de su ingreso presenta dolor de moderada intensidad con índice de EVA 5/10 que se irradia a miembro superior izquierdo hasta mandíbula que no cede con la administración de analgésicos.

Al ingreso la paciente se encontraba despierta orientada, hemodinámicamente estable sin requerimiento de drogas vasopresoras ni inotrópicas, los ruidos cardíacos hiperfónicos rítmicos con frecuencia cardíaca entre 80-90 lpm. Presentó un adecuado patrón ventilatorio y una saturación de oxígeno 98% aire ambiente, el resto del examen físico se encontraba dentro de los parámetros normales. Los exámenes de laboratorio y troponinas normales. Electrocardiograma. Dentro de los parámetros normales. La radiografía de tórax revela ligero aumento de la trama vascular sin evidencia de sobrecarga hídrica ni filtrados.

Se lo cataloga como Angina Inestable y la paciente es trasladada a la sala de hemodinámica para realización de una cinecoronariografía. Se le realiza cateterismo cardiaco con abordaje vía radial derecha. Durante el procedimiento, se canaliza el tronco de la coronaria izquierda y, luego de la inyección de contraste, se evidencian signos de diseción espontánea y oclusión del tronco y de las arterias descendentes anterior y circunfleja; la arteria coronaria derecha no presentó obstrucciones significativas (figuras 1 y 2). La paciente presentó angor y se inestabilizó hemodinámicamente de forma rápida. Realizó un paro cardiorrespiratorio, luego del cual se inició reanimación

cardiopulmonar avanzada y se intubó a la paciente. El retorno de la circulación espontánea (ROSC) se logró con inotrópicos y vasopresores. El Servicio de Cirugía Cardiovascular decide realizar la intervención quirúrgica de emergencia 30/07/2020. En el quirófano, la paciente realiza otro paro cardiorrespiratorio de 2 minutos con ROSC previo al inicio de la cirugía. Se realiza una cirugía de revascularización coronaria con un puente venoso a la arteria descendente anterior y un puente venoso a la arteria circunfleja.

La paciente sale de circulación extracorpórea con vasopresores y uso de balón de contrapulsación intraaórtico con asistencia 1:2. Cursa el postoperatorio inmediato con inestable con soporte vasopresor norepinefrin 0,40mg/kg/min, inotrópico dobutamina 5ug/kg/min. Balón de contrapulsación intraaórtico asistencia 1:2. No signos de hipoperfusión tisular. La paciente durante su estadía en malas condiciones estado crítico, cursa con disección de arteria descendente anterior y circunfleja, choque cardiogénico, edema agudo de pulmón, hígado de choque cardiogénico, edema agudo de pulmón, hígado de choque, síndrome post RCP, politransfusión e insuficiencia renal aguda AKIN II, que requirió hemodiálisis. Al sexto día postquirúrgico se logra destetar los vasopresores y progresar del ventilados. Se extuba satisfactoriamente al 8vo día, insuficiencia renal y choque cardiogénico superado, en mejores condiciones, es dada de alta el 17/08/2020, sin complicaciones, con recuperación en su domicilio y controles posteriores.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se debe evidenciar de manera inmediata estos casos para evitar la propagación del lumen falso, es por esto que en estas situaciones se debe evitar las inyecciones con contraste al mínimo. Son más comunes las disecciones coronarias causadas por la dilatación del balón.

Cuando las disecciones coronarias ocurren causada por la manipulación del filamento guía es recomendable no perder la posición de la guía del lumen verdadero. Se debe de colocar el stent ya que el mismo sella la disección al momento de su inflado. Y a las disecciones pequeñas TIPO A o B suelen revertir espontáneamente, pero las otras con resolución quirúrgica.

A nuestra paciente se la intervino inmediatamente por servicio de cirugía cardiovascular, y bajo un gran equipo multidisciplinario, cardiología, terapia intensiva y nefrología, la paciente de estar en un estado crítico con APACHE II: 23 puntos: mortalidad 46% SOFA: 10 puntos: mortalidad 40-50% SAPS II: 59 puntos: mortalidad 66,1% EUROSCORE II: mortalidad 26,2%; la paciente fue recuperada exitosamente y se dio de alta médica, actualmente bajo controles y sin novedad.

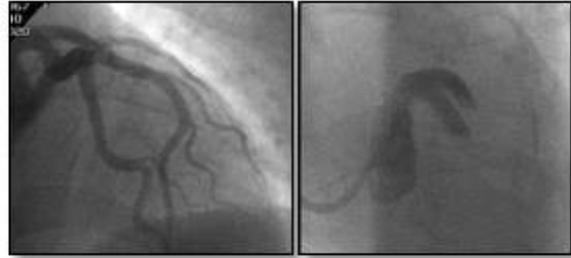


Figura 1 y 2. Signos de disección espontánea y oclusión del tronco y de las arterias descendente anterior y circunfleja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Colón Arias F.** Manejo de las Complicaciones en las Intervenciones Coronarias Percutáneas. *Cardiología Intervencionista, Sociedad Interamericana de Cardiología*; 2019.
2. **García Acuña J, González Juanatey J, López Lago A, Amaro Cendón A.** Disección coronaria espontánea: aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Med Intensiva*. 2003; 27(3): p. 188-90.
3. **Matamala-Adell M, Gálvez-Álvarez N, Ochoa-Rea E, Vallejo-Gil JM, Vázquez-Sancho M.** Disección de arterias coronarias: ¿y ahora qué hago? *Cirugía Cardiovascular*. 2015 Dic; 22(6): p. 330-332.

Washington García Matamoros¹

Departamento de Cardiología
Guayaquil, Ecuador

Clínica Guayaquil

 <https://orcid.org/0000-0001-5718-6537>

John Peña Morán²

Unidad de Cuidados Intensivos
Guayaquil, Ecuador

Clínica Guayaquil

 <https://orcid.org/0000-0003-0373-8978>

Nataly Rodríguez Cedeño³

Departamento de Cirugía General
Guayaquil, Ecuador

Clínica Guayaquil

 <https://orcid.org/0000-0002-1179-0701>

Mónica Gilbert⁴

Cirugía Cardiovascular
Guayaquil, Ecuador

Clínica Guayaquil

 <https://orcid.org/0000-0002-5861-0237>

Juan Zúñiga Bohorquez⁵

Cirugía Cardiovascular
Guayaquil, Ecuador

Clínica Guayaquil

 <https://orcid.org/0000-0001-7777-0845>

García Matamoros W, Peña Morán J, Rodríguez Cedeño N, Gilbert M, Zúñiga Bohorquez J. Disección de tronco coronario izquierdo como complicación post cateterismo cardiaco. Resolución por cirugía de Revascularización miocárdica de Emergencia. *Metro Ciencia* [Internet]. 30 de noviembre de 2021; 29(Supple2):27-28. <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29-supple1/2021/27-28>