

Diseccción coronaria primaria, espontánea, bilateral, asociada a calcinosis arterial

Cuahtémoc Acoltzin,* Francisco Navarro*

Es un varón de 45 años de edad, deportista, sin factores de riesgo coronario. Antecedente de endarterectomía iliofemoral izquierda y poplítea derecha, dos años antes. Consultó por dolor precordial espontáneo, intenso, opresivo, irradiado a hombros y cuello, acompañado de náusea y disnea, elevación de CPK, lesión, isquemia y onda Q en

DII, DIII y aVF. La prueba de esfuerzo en banda sin fin con protocolo de Bruce durante 9.30 minutos y frecuencia cardíaca 120 por minuto sin alteraciones. Cuatro meses después tuvo angina de pecho prolongada asociada a taquicardia supraventricular. El cateterismo mostró hipocinesia de cara posterior. Patrón dominante derecho, ramos conal y

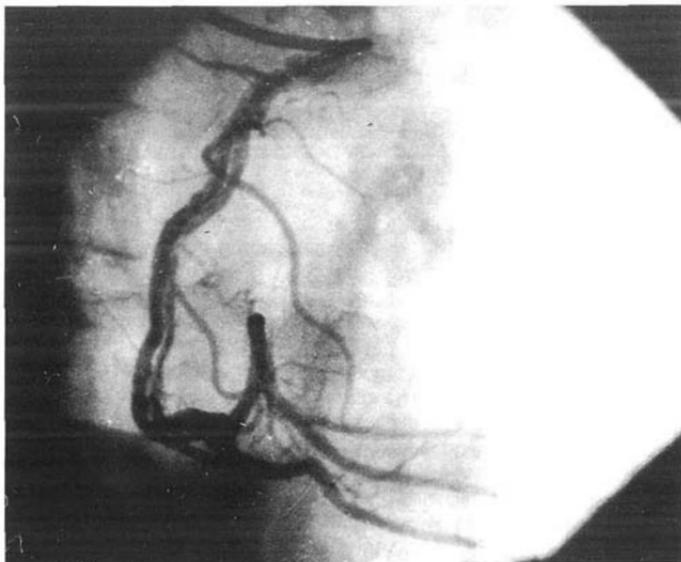


Figura 1. Arteriografía coronaria selectiva derecha que muestra que es dominante, pues da origen a la descendente posterior, tiene ramos conal y marginal aguda de gran tamaño, con imagen de doble luz entre ellos.

*Cuahtémoc Acoltzin Médico cardiólogo Francisco Navarro Médico cardiólogo Hospital de Cardiología Centro Médico Nacional IMSS correspondencia y solicitudes de sobretiros Dr. Cuahtémoc Acoltzin y Vidal Calzasa Pedro A. Galvan No. 35 28000 Colima Col México Teléfono 9133145354.

marginal agudo de gran tamaño imágen de doble luz en todo el trayecto entre ambas. Tronco coronario pequeño, defecto de llenado proximal en arteria descendente anterior izquierda hasta primer ramo perforante y en circunfleja hasta el primer ramo marginal; no hubo angina de pecho ni

alteraciones electrocardiográficas durante el procedimiento. La biopsia de arteria temporal mostró calcificación de la capa media.

La disección coronaria primaria y espontánea es poco frecuente, en especial si es bilateral; predomina en mujeres y se relaciona al postparto;

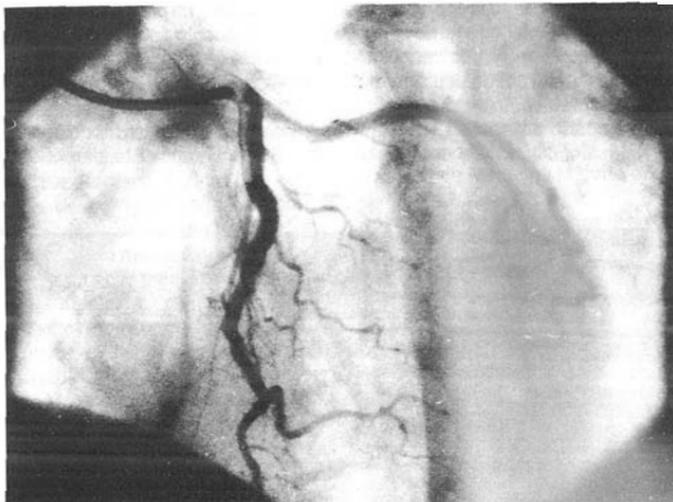


Figura 2. Arteriografía coronaria selectiva izquierda mostrando el tronco pequeño, doble luz en la arteria descendente anterior izquierda que llega hasta la emergencia del primer ramo perforante y defecto de llenado en la porción proximal de la circunfleja hasta un poco antes del primer ramo marginal.

se ha relacionado con aterosclerosis,¹ no con calcinosis arterial o enfermedad de Monckeberg. debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la etiología de la cardiopatía isquémica.

Las imágenes de doble luz y defecto de llenado que se muestran son características y sugieren recanalización, en cuyo caso el pronóstico será bueno, en caso contrario el tratamiento puede ser quirúrgico² o por angioplastia transluminal.³

Referencias

1. DeMario SJ, Kinsella SH, Silverman ME. Clinical course and long term prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Am J Cardiol* 1989;64:471-474.
2. Vicari R, Eybel C, Monson D. Survival following spontaneous coronary artery dissection: Surgical repair by intramural hematoma. *Am J Med* 1986;111:593.
3. González JI, Hill JA, Conti R. Spontaneous coronary artery dissection treated with percutaneous transluminal angioplasty. *Am J Cardiol* 1989;83:885-886.