

Cartas al Editor

**Sistema de puntuación para el enfoque diagnóstico y terapéutico de la disección coronaria espontánea**



**Score System Approach to Diagnose and Manage Spontaneous Coronary Artery Dissection**

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés la publicación de Lezcano Gort et al.<sup>1</sup>. Los autores han comunicado su experiencia con una púérpera de 40 años sin factores de riesgo coronario relevantes que ingresó por infarto de miocardio sin elevación del segmento ST, cuyas imágenes de tomografía de coherencia óptica y ecografía intravascular mostraron una disección coronaria espontánea (DCE) multivaso.

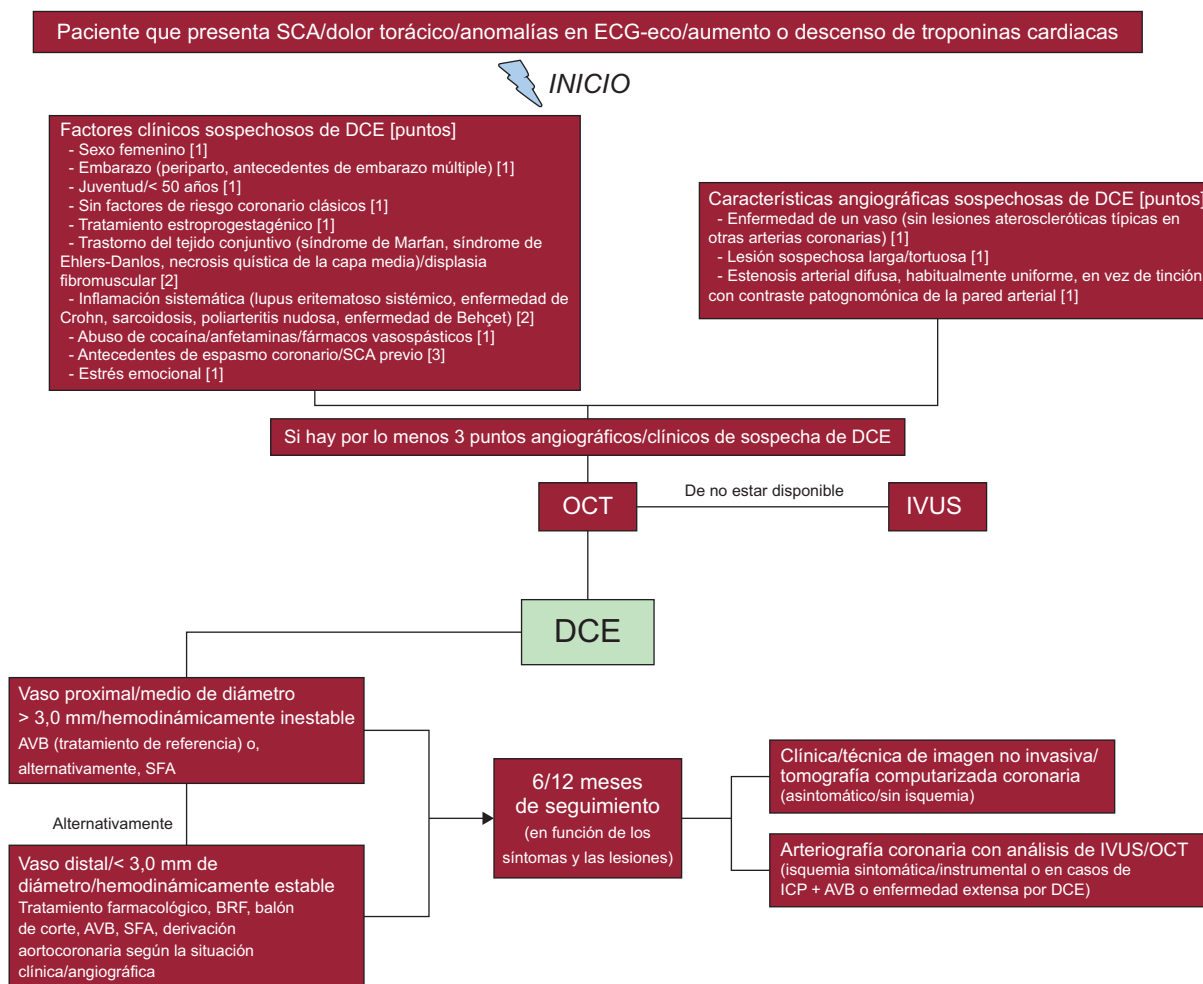
A este respecto, nos gustaría añadir algunas consideraciones: la DCE es una entidad que se diagnostica erróneamente por la

dificultad para identificar la línea radiotransparente patognomónica en la luz del vaso con tinción de la pared con contraste. Este signo típico está ausente en más del 70% de los casos de DCE y solo las técnicas de imagen intravascular pueden ayudar a comprobar la integridad de la pared arterial<sup>2,3</sup>.

La DCE se puede manifestar con diversas presentaciones clínicas, como angina de pecho, cualquier tipo de síndrome coronario agudo y choque cardiogénico o muerte súbita cardiaca<sup>4,5</sup>, que produce una muerte dramática cuando se considera la corta edad de la mayoría de los pacientes.

Con estas premisas, recientemente hemos publicado un organigrama (figura<sup>6</sup>) para un diagnóstico más rápido y un tratamiento adecuado según una revisión de la literatura médica<sup>2-7</sup> y nuestra propia experiencia<sup>8-10</sup>.

En nuestro organigrama se asignan hasta 3 puntos a cada factor de riesgo clínico/angiográfico de DCE (figura<sup>6</sup>). Para un paciente que acude con dolor torácico, anomalías en el ECG (es decir, elevación transitoria/permanente del segmento ST), discinesia en



**Figura.** Organigrama del enfoque diagnóstico y terapéutico de la DCE. Reproducido con permiso de Buccheri et al.<sup>6</sup>. AVB: armazón vascular bioabsorbible; BRF: balones recubiertos de fármaco; DCE: disección coronaria espontánea; ECG: electrocardiograma; ICP: intervención coronaria percutánea; IVUS: ecografía intravascular; OCT: tomografía de coherencia óptica; SCA: síndrome coronario agudo; SFA: *stent* farmacológico.

el ecocardiograma o un aumento/descenso de la troponina cardíaca y suma por lo menos 3 puntos según nuestro sistema de puntuación, se propone realizar un análisis por tomografía de coherencia óptica/ecografía intravascular para excluir una DCE.

Cuando se aplica nuestro sistema de puntuación al caso descrito por Lezcano Gort et al.<sup>1</sup>, encontramos más de 3 puntos clínicos y signos muy claros en la angiografía coronaria (que sumaron otros 3 puntos).

En cuanto a la estrategia terapéutica, estamos muy de acuerdo con la solución de Lezcano Gort et al.<sup>1</sup>. Esta estrategia terapéutica coincide plenamente con la propuesta en nuestro organigrama. De hecho, para pacientes asintomáticos con DCE de vaso distal o en un vaso de diámetro < 3,0 mm, proponemos que se considere un tratamiento conservador (primera elección) o que se utilice uno de los siguientes dispositivos: armazón vascular bioabsorbible, *stent* farmacológico o balones recubiertos de fármaco, según las características clínicas/angiográficas del paciente<sup>5,10</sup>.

Por otro lado, debería preferirse la estrategia del armazón vascular bioabsorbible en casos de lesión de vaso proximal/medio, con diámetro  $\geq$  3,0 mm o si el paciente sigue sintomático/hemodinámicamente inestable, según informa nuestro grupo<sup>8,10,11</sup> y en línea con un caso emblemático publicado previamente en la revista<sup>12</sup>.

Es de vital importancia realizar un estrecho seguimiento, con o sin técnicas de imagen invasivas, para evaluar el riesgo de recidiva de DCE y el sellado óptimo del vaso con el paso del tiempo<sup>3,4</sup>.

En conclusión, deseamos resaltar que un sistema de puntuación clínica/angiográfica parece ser útil principalmente para ayudar a los intervencionistas a evitar que se pase por alto un diagnóstico de DCE. Además, creemos que, en ausencia de un consenso de expertos universal o de amplia experiencia clínica, nuestra propuesta terapéutica podría ser un buen punto de partida para establecer el tratamiento más adecuado para pacientes con DCE.

Dario Buccheri\*, Davide Piraino y Giuseppe Andolina

*Interventional Cardiology, A.O.U.P. Paolo Giaccone Hospital, Palermo, Italia*

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [dariobuccheri@gmail.it](mailto:dariobuccheri@gmail.it) (D. Buccheri).

On-line el 18 de julio de 2016

## BIBLIOGRAFÍA

- Lezcano Gort LE, Romani SA, Rodríguez Carreras CR. Postpartum multivessel spontaneous coronary artery dissection. *Rev Esp Cardiol*. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.12.027>
- Saw J, Mancini GBJ, Humphries K, Fung A, Boone R, Starovoytov A, et al. Angiographic appearance of spontaneous coronary artery dissection with intramural hematoma proven on intracoronary imaging. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2016;87:E54-61.
- Alfonso F, Paulo M, Gonzalo N, Dutary J, Jimenez-Quevedo P, Lennie V, et al. Diagnosis of spontaneous coronary artery dissection by optical coherence tomography. *J Am Coll Cardiol*. 2012;59:1073-9.
- Saw J. Spontaneous coronary artery dissection. *Can J Cardiol*. 2013;29:1027-33.
- Giacoppo D, Capodanno D, Dangas G, Tamburino C. Spontaneous coronary artery dissection. *Int J Cardiol*. 2014;175:8-20.
- Buccheri D, Piraino D, Andolina G. Behçet disease and spontaneous coronary artery dissection: The chicken or the egg? *Int J Cardiol*. 2016 [Epub ahead of print]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.04.145>
- Alfonso F, Bastante T, Cuesta J, Rodríguez D, Benedicto A, Rivero F. Spontaneous coronary artery dissection: novel insights on diagnosis and management. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2015;5:133-40.
- Buccheri D, Piraino D, Silva Orrego P, Cortese B. Is vasospasm overestimated in acute coronary syndromes presenting with non-obstructive coronary artery disease? The case for intravascular imaging *Int J Cardiol*. 2016;203:1125-6.
- Buccheri D, Piraino D, Cortese B. Intravascular imaging as a tool for definite diagnosis of acute coronary syndrome caused by spontaneous coronary artery dissection. *Int J Cardiol*. 2016;214:43-5.
- Buccheri D, Piraino D, Latini RA, Andolina G, Cortese B. Spontaneous coronary artery dissections: a call for action for an underestimated entity. *Int J Cardiol*. 2016;214:333-5.
- Buccheri D, Piraino D, Andolina G. Biovascular resorbable scaffold for spontaneous coronary artery dissection: RAIlders on the storm of a debatable therapy. *Int J Cardiol*. 2016;214:387-8.
- Ortas-Nadal MR, Pascual I, Moreno-Ambrojo C. A spontaneous coronary dissection successfully treated with bioabsorbable scaffolds. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:894.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.12.027>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.009>

## Sistema de puntuación para el enfoque diagnóstico y terapéutico de la disección coronaria espontánea. Respuesta



### Score System Approach to Diagnose and Manage Spontaneous Coronary Artery Dissection. Response

Sr. Editor:

Agradecemos el interés mostrado por Buccheri et al. en relación con nuestro trabajo<sup>1</sup>. Tras una atenta lectura, nos gustaría dedicar un comentario respecto a sus consideraciones.

La disección coronaria espontánea (DCE), considerada inicialmente un diagnóstico raro, es actualmente la causa más frecuente de infarto asociado a la gestación y una causa importante de síndrome coronario agudo en mujeres menores de 50 años, entre las que puede alcanzar una prevalencia cercana al 30%<sup>2</sup>. Sin embargo, su diagnóstico se aventura difícil si no se tiene un elevado nivel de sospecha, y los cardiólogos intervencionistas no están familiarizados con el patrón angiográfico más común de la DCE, que es el tipo 2. Esto conlleva en la práctica diagnósticos erróneos y que la DCE esté infradiagnosticada.

El advenimiento de las técnicas de imagen intracoronaria (tomografía de coherencia óptica/ecocardiografía intravascular) ha contribuido a optimizar el reconocimiento de esta entidad<sup>3</sup>, y estas

forman parte vital de algoritmos propuestos por expertos para el diagnóstico y el tratamiento de la DCE<sup>4</sup>. El sistema propuesto por Buccheri et al.<sup>5</sup> tiene la novedad de puntuar variables clínicas y angiográficas que elevan la sospecha de DCE, lo cual favorece el uso de tomografía de coherencia óptica/ecocardiografía intravascular para confirmarla y tratarla. Como estrategia diagnóstica nos parece útil y práctica, y ciertamente evitará muchos diagnósticos erróneos. El tratamiento propuesto, sin embargo, está basado en su propia experiencia y una revisión de la literatura; a diferencia de la enfermedad aterosclerótica, no existen estudios controlados aleatorizados dirigidos al tratamiento de la DCE, y la estrategia conservadora resulta válida para la mayoría de los pacientes estables. Por lo tanto, aun bien fundamentada, su implementación generalizada es poco probable hoy día, aunque coincidimos que puede ser un punto de partida para que, trabajando de forma conjunta, se pueda establecer el tratamiento óptimo de la DCE y este se vea reflejado en nuestras guías de práctica clínica.

Luis Enrique Lezcano Gort\*, Sebastián Alejandro Romani, Cecilio Raúl Rodríguez Carreras y Francisco Javier Fernández Portales

*Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España*