

Tratamiento de la disección aórtica crónica complicada mediante la embolización de la falsa luz distal

El tratamiento endovascular para la disección aórtica tipo B complicada consiste, fundamentalmente, en cubrir el sitio de entrada primario, redireccionar el flujo sanguíneo hacia la luz verdadera y, por tanto, descomprimir la falsa luz. Sin embargo, el flujo retrógrado a través de sus reentradas distales, especialmente en el paciente crónico, dificulta la trombosis de dicha falsa luz. Esto constituye el talón de Aquiles en el caso de pacientes crónicos con dilatación aneurismática, de modo que la supervivencia de estos enfermos, asociada con la remodelación aórtica, está en directa relación con la persistencia del flujo en la falsa luz.

La técnica original del “Candy-plug” fue descrita en 2013 por el grupo de T. Kölbel y colaboradores de la Universidad de Hamburgo, quienes presentaron este procedimiento para conseguir la oclusión de la dilatación aneurismática de la falsa luz secundaria a una disección crónica tipo B. El dispositivo utilizado era un segmento corto de endoprótesis, que, modificado en el quirófano, adquiría la forma de un caramelo. (1) Dicho dispositivo era introducido en la falsa luz y se lograba así su trombosis.

Aquí presentamos un caso de disección aórtica crónica de tipo B complicada con dilatación aneurismática, que se trató con éxito utilizando la técnica del tapón oclisor mediante una extensión aórtica colocada en la falsa luz, como la segunda de las etapas de su tratamiento.

En 2015, se diagnosticó una disección aórtica aguda tipo B no complicada en un hombre de 74 años con antecedentes de hipertensión y tabaquismo. El paciente fue tratado médicamente mediante control de su presión arterial. Sin embargo, la disección aórtica evolucionó con una dilatación aneurismática, que al momento de la consulta presentaba 78 mm de diámetro máximo transversal. En septiembre de 2017, se realizó un *by-pass* carótido-subclavio y colocación de endoprótesis aórtica (Zenith TX2, Bloomington, IN, USA), cubriendo el origen de la arteria subclavia hasta el origen del tronco celíaco, seguido de la oclusión de la arteria subclavia proximal mediante “plug”.

Cuatro meses después del procedimiento, el flujo sanguíneo retrógrado persistía a través de reentradas distales en las aortas visceral, abdominal e ilíaca, y el aneurisma se expandió a 89 mm en su diámetro máximo transversal.

Con el propósito de excluir la falsa luz, sin comprometer el flujo visceral ni el intercostal o lumbar, se utilizó la técnica conocida como “tapón de caramelo” (o Candy plug) modificada. Mediante anestesia general, drenaje de LCR, control estricto de la presión arterial y guiado por angiografía y ultrasonido intravascular

(Philips Volcano Intravascular Ultrasound, IVUS, Visions® PV .035 digital IVUS catheter, Volcano Corporation, San Diego, CA), el equipo quirúrgico procedió a canular la falsa luz.

Mientras tanto, un segmento aórtico abdominal corto de 36 × 50 mm (Zenith Graft Main Body Extension, Cook Medical, Bloomington, IN, USA) fue modificado en el quirófano. Para preparar el dispositivo con forma de copa, se desplegó parcialmente solo la primera fila de stents. Para restringir la apertura de esa primera hilera, se la cercó colocándole una doble sutura de hilo de PTFE 3-0, lo que limitó de esa manera su apertura a un diámetro máximo de 16 mm, produciendo una forma similar a una copa invertida. Por el interior de dicha zona angostada debía quedar un espacio suficiente para poder sacar el extremo distal del dispositivo que transporta la endoprótesis (cono), una vez que aquella estuviera desplegada. Luego, la endoprótesis vascular se recargó y se preparó de manera estándar.

Mediante control con IVUS se desplegó la extensión aórtica en la falsa luz, exactamente a la altura del extremo distal de la endoprótesis previa colocada en la luz verdadera (Fig. 1). Finalmente, se colocó un Amplatzer Vascular Plug II de 22 mm (AGA Medical Corp., North Plymouth, MN, EE. UU.) en el centro del tapón para completar la oclusión. La angiografía final no mostró flujo retrógrado residual en la luz aneurismática.

El paciente fue dado de alta al segundo día del posoperatorio, sin complicaciones.

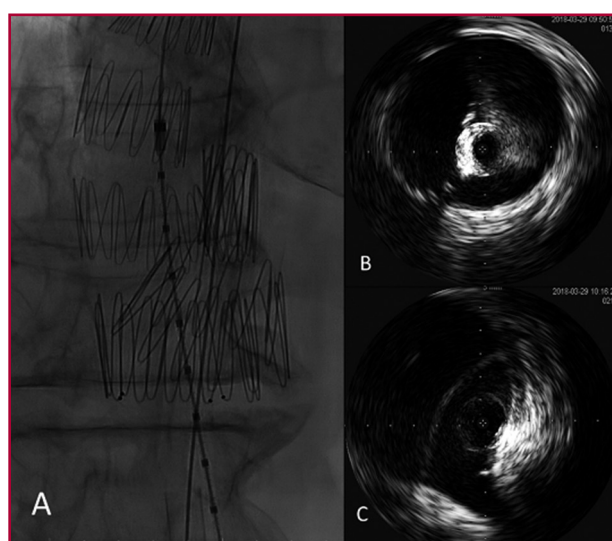


Fig. 1. A. Imagen angiográfica intraoperatoria que muestra la endoprótesis torácica en la luz verdadera y el tapón (endoprótesis en forma de copa invertida) en la luz falsa. **B.** Imágenes de ecografía intravascular, tanto desde la luz verdadera como desde la falsa, mostrando la presencia de flujo, sitio de despliegue del tapón y origen del tronco celíaco

La angiotomografía efectuada al alta no mostró endofuga, con trombosis completa de la falsa luz por encima del dispositivo ocluidor (Fig. 2).

El tratamiento de la dilatación aneurismática de la aorta descendente secundaria a una disección crónica es, sin duda, uno de los problemas más desafiantes de la cirugía vascular. La meta es la exclusión completa de la falsa luz, para lograr su despresurización y, por tanto, anular el riesgo de ruptura.

En estos casos, la cirugía abierta significa la resección del aneurisma mediante tóraco-freno-laparotomía, lo que va acompañado de un clampeo aórtico secuencial, en general, con algún complemento circulatorio (derivación parcial del corazón izquierdo, técnica de perfusión mediante catéteres ramificados o derivación axilo-femoral) y reimplante de las arterias intercostales, al igual que las ramas viscerales. Incluso en manos experimentadas, esta cirugía se acompaña de una alta tasa de morbilidad y mortalidad.

Por otro lado, el tratamiento endovascular mediante la colocación en la luz verdadera de endoprótesis fenestradas o ramificadas, aun en procedimientos secuenciales, no solo implica una alta inversión en capacitación, tecnología y dispositivos, sino que además se acompaña de una tasa de paraplejía cercana al 12% y una mortalidad superior al 10%. (2)

Es por dicha razón que surge este abordaje, combinando procedimientos en la luz verdadera (colocación de endoprótesis para oclusión del orificio de entrada, despresurización, redireccionamiento del flujo hacia la luz verdadera) con procedimientos en la luz falsa. Al ocluir la luz falsa se evita el flujo retrógrado hacia el interior del aneurisma, pero sin la necesidad de seguir cubriendo segmentos distales de la aorta, lo que implicaría un mayor riesgo de paraplejía.

La técnica del “Candy-plug” o “tapón de caramelo” es una opción de tratamiento útil para la oclusión de la falsa luz en la disección aórtica crónica tipo B. Kölbel y colaboradores describieron originalmente esta técnica usando una endoprótesis Zenith TX-2 ProForm (Cook Medical, Bloomington, IN, EE. UU.). (1) Años más tarde, Rohlfs y colaboradores informaron los

primeros resultados en 18 pacientes en los que se utilizó esta técnica. (3) En esa publicación demostraron la factibilidad del tratamiento, asociado con una baja tasa de morbilidad y mortalidad debido a su mínima invasividad. (3)

En nuestro caso, el resultado fue similar. Logramos trombosar completamente el aneurisma con un injerto aórtico de 36 mm para la falsa luz y un segundo de 32 mm en la aorta descendente, dejando ambos inmediatamente por arriba del tronco celíaco. No significó un mayor riesgo medular, aun con la ubicación distal de ambas endoprótesis.

Un detalle técnico de importancia fue, además, la utilización de la ecografía intravascular. Dicha técnica es beneficiosa, especialmente en pacientes con disecciones crónicas, con múltiples orificios de entrada y reentrada. Asimismo, la ecografía intravascular nos permitió verificar el nivel exacto al que debían abrirse las endoprótesis, para evitar ocluir ramos viscerales. Especialmente en este caso, seleccionamos también el orificio de reentrada apropiado para introducir el dispositivo ocluidor.

Se realizó una reparación endovascular exitosa, secuencial, utilizando la técnica modificada de “Candy-plug” para un aneurisma de la falsa luz residual en la aorta torácica descendente. Esta técnica tiene el potencial de ocluir eficazmente la falsa luz dilatada con un riesgo bajo de complicaciones neurológicas.

Luis M. Ferreira, Miguel Ferrer, Ángel Zambrano, Ricardo La Mura

Clínica La Sagrada Familia. Buenos Aires Argentina
Av. Del Libertador 5878 4ª. CABA. C1428ARO.
drferreira@yahoo.com

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/Material Suplementario)

BIBLIOGRAFÍA

1. Kölbel T, Lohrenz C, Kieback A, Diener H, Debus ES, Larena-Avellaneda A. Distal false lumen occlusion in aortic dissection with a homemade extra-large vascular plug: the candy-plug technique. *J Endovasc Ther.* 2013;20:484-9. <http://doi.org/f46g68>
2. Oikonomou K, Kopp R, Katsargyris A, Pfister K, Verhoeven EL, Kasprzak P. Outcomes of fenestrated/branched endografting in post-dissection thoracoabdominal aortic aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2014;48:641-8. <http://doi.org/f8k9g3>
3. Rohlfs F, Tsilimparis N, Fiorucci B, Heidemann F, Debus ES, Kölbel T. The Candy-Plug Technique: Technical Aspects and Early Results of a New Endovascular Method for False Lumen Occlusion in Chronic Aortic Dissection. *J Endovasc Ther.* 2017;24:549-55. <http://doi.org/f9575r>

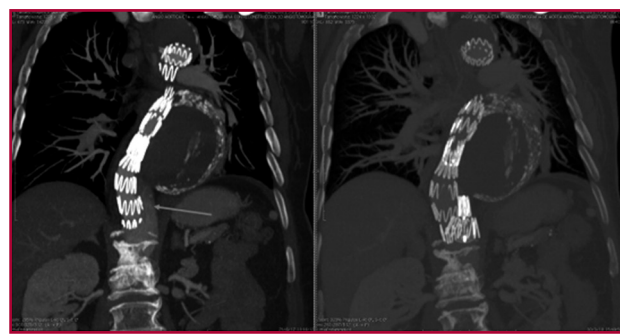


Fig. 2. Tomografía preoperatoria (izquierda) y posoperatoria (derecha) con evidencia de flujo en la falsa luz distal (flecha roja), que desaparece luego de colocado el tapón.

Enfermedad tromboembólica crónica con compromiso unilateral: ¿una entidad diferente?

La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica es la única variante de la enfermedad potencialmente curable con tratamiento quirúrgico. Su recidiva luego de la cirugía es rara, pero está descripta (1) y parecería ser más frecuente en un subgrupo anatómico particular de pacientes. El enfoque terapéutico ante la recidiva amerita un análisis profundo, ya que los pacientes tienen, en la actualidad, no solo la alternativa quirúrgica, sino también otras opciones (angioplastia, tratamiento médico o trasplante de pulmón).

Se describe el caso de un paciente varón de 41 años, extabaquista, quien 6 años antes del ingreso hospitalario sufre una embolia pulmonar, entonces inicia anticoagulación oral y se le diagnostica síndrome antifosfolípido y mutación heterocigota del gen de la protrombina 20210. Por persistir con disnea en clase funcional avanzada e hipertensión pulmonar grave, fue referido a cirugía. La angiografía pulmonar mostró oclusión de la rama izquierda de la arteria pulmonar en su origen, con ausencia de compromiso contralateral. Se realizó endarterectomía pulmonar. La exploración de la rama derecha no mostró trombo alguno, y la endarterectomía izquierda se juzgó adecuada (Fig. 1). El paciente permanece en buena clase funcional durante 4 años, y se controla en su provincia de residencia.

Siete meses antes del reingreso, el paciente presenta disnea en clase funcional III. No se logró definir por el interrogatorio un nuevo evento embólico claro, pero la administración de la anticoagulación habría sufrido interrupciones eventuales. Se realiza centellograma ventilación/perfusión, que muestra ausencia de perfusión en el pulmón izquierdo, con ventilación conservada. El ecocardiograma informa dilatación de cavidades derechas y deterioro leve de la función del ventrículo derecho; la presión sistólica pulmonar estimada fue de 93 mm de Hg. La angiotomografía pulmonar muestra

tromboembolismo pulmonar que ocluye por completo la rama izquierda de la arteria pulmonar y lóbulo inferior del pulmón derecho. El cateterismo derecho informa lo siguiente: presión de enclavamiento, 15 mm de Hg; presión de la arteria pulmonar, 70/23 (40) mm de Hg; presión de la aurícula derecha: (10) mm de Hg; resistencias vasculares pulmonares, 6,2 U; Wood, 499,5 dinas. La arteriografía pulmonar muestra oclusión proximal de la rama pulmonar izquierda y defectos de perfusión en el lóbulo medio e inferior derechos.

Debido a la presencia de síntomas, la recidiva de la enfermedad tromboembólica y una condición anatómica que no se consideró pasible de resolución por un tratamiento alternativo (angioplastia), se decide realizar nuevamente el tratamiento quirúrgico.

Se realizó endarterectomía pulmonar bilateral; se halló un gran componente trombótico, relativamente reciente, ocluyendo la rama izquierda en su origen, con un componente crónico distal homo- y contralateral. El desarrollo del plano adecuado para la endarterectomía resultó más complejo que lo habitual (Fig. 2).

En el posoperatorio, la presión pulmonar descendió adecuadamente, la anticoagulación con heparina sódica se inició en las primeras 12 horas postcirugía y la extubación se logra el primer día posoperatorio.

El monitoreo invasivo de la presión pulmonar se retiró el segundo día del posoperatorio; el último valor objetivado fue 48/10/27 mm de Hg para la presión sistólica, diastólica y media, respectivamente.

A causa de una plaquetopenia progresiva, en el tercer día del posoperatorio se investiga la presencia de anticuerpos contra heparina, con resultado positivo.



Fig. 1. Pieza operatoria de la endarterectomía pulmonar en la primera intervención quirúrgica.

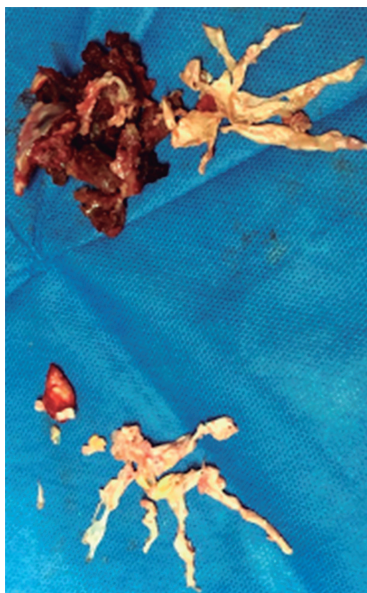


Fig. 2. Pieza operatoria de la endarterectomía pulmonar en la segunda intervención quirúrgica.

Debido a la imposibilidad de utilizar bivalirudina y a recuentos plaquetarios críticos, la anticoagulación se interrumpió hasta tener valores mayores de 50 000 plaquetas en el frotis de sangre, y se reinició luego con acenocumarol. Se otorgó el alta 15 días después de la cirugía.

Algunas publicaciones han reconocido a la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica en la que el patrón anatómico es la oclusión completa de una rama pulmonar, sola o asociada a un compromiso menor del pulmón contralateral, como un subgrupo especial. (1)

Este patrón sería más frecuente en mujeres jóvenes, con cifras de presión pulmonar menores que la de los pacientes con enfermedad bilateral. Se ha asociado con una mayor tasa de retrombosis, tanto en el posoperatorio inmediato como en el seguimiento. (2)

Si bien no se conoce a ciencia cierta la causa de este comportamiento, se ha descrito que el lecho distal a la obstrucción completa podría tener graves cambios posobstructivos, sumado a un gran desarrollo de la circulación bronquial.

Ese desarrollo de la circulación sistémica, tal vez necesario para mantener la vitalidad del parénquima, podría condicionar un flujo competitivo y exponer a estos pacientes a una pobre reperusión (3) y a una mayor tasa de retrombosis. (4)

Todo lo mencionado llevó al grupo de San Diego a modificar la clasificación quirúrgica de la enfermedad, basada en los tamaños de las ramas de la arteria pulmonar comprometida, e incluir a pacientes con oclusión de una rama principal de la arteria pulmonar en un subgrupo separado. (4).

En el caso descrito, el paciente fue sometido, en una primera oportunidad, a una endarterectomía pulmonar con exploración bilateral, sin objetivación de enfermedad en el pulmón derecho, ni por métodos imagenológicos ni en la cirugía. La hemodinamia pulmonar fue restablecida, pero no documentamos la calidad de la reperusión con un centellograma.

El paciente permaneció asintomático durante 4 años hasta la recidiva de los síntomas y sin mediar un evento clínico que hiciera sospechar una nueva embolia. Se investigaron posibles irregularidades en la administración de la anticoagulación, que el paciente refirió como ocasionales. No resulta claro si la retrombosis fue secundaria a nuevas embolias, clínicamente no advertidas, o a irregularidades en la anticoagulación en un paciente con una condición protrombótica importante. La decisión de enfrentar una reoperación se apoyó en la edad, la condición clínica y los datos hemodinámicos asociados a un patrón anatómico que no se juzgó adecuado para tratamientos alternativos.

La respuesta hemodinámica a la cirugía fue adecuada, ya que bajaron significativamente los valores de presión pulmonar tras la intervención. El centellograma ventilación/perfusión mostró mejoría de la perfusión

del pulmón comprometido, aunque permanecieron algunos defectos discordantes perfusivos/ventilatorios periféricos en el pulmón izquierdo, mientras que desaparecieron completamente los defectos derechos.

Si bien hay escasas publicaciones sobre reoperaciones de endarterectomías pulmonares, (1,5,6) todas coinciden en que resultan esperables riesgos perioperatorios aumentados y resultados funcionales tal vez inferiores a los de la endarterectomía inicial debido a la presencia de una enfermedad de más larga data. Aun así, los resultados obtenidos en los pacientes intervenidos quirúrgicamente son adecuados, tanto desde el punto de vista hemodinámico como clínico.

Si bien no pretendemos aquí sacar conclusiones definitivas, consideramos que la comunicación de este caso ayuda a resaltar características de la enfermedad sobre las que no hay evidencia conclusiva. Creemos que es necesario profundizar la investigación clínica.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/Material suplementario).

Ricardo G Marenchino¹, Ignacio M Bluro², Graciela Svetliza³, Norberto O Vulcano², Alberto Domenech¹, Rodolfo Pizarro²

¹Servicio de Cirugía Cardiovascular Hospital Italiano de Buenos Aires.

²Servicio de Cardiología Hospital Italiano de Buenos Aires.

³Sección Neumonología, Servicio de Clínica Médica Hospital Italiano de Buenos Aires. Ricardo Marenchino
J. D. Perón 4190, CABA, CP C1199ABB
e-mail: ricardo.marenchino@hospitalitaliano.org.ar

BIBLIOGRAFÍA

1. Mo M, Kapelansky D, Mitruka S, Auger W, Fedullo P, Chanik R et al. Reoperative Pulmonary Thromboendarterectomy. *Ann Thorac Surg* 1999;68:1770-7. <http://doi.org/cc6vdn>
2. Hirsch A, Moser K, Auger W, Channik R, Fedullo P. Unilateral Pulmonary Artery Thrombotic Occlusion: Is distal Arteriopathy a consequence?. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154:491-6. <http://doi.org/cr6b>
3. Kitcher A, Pretorius K, Kerr K, Fedullo P, Kim N, Poch D, et al. Complete Pulmonary Artery Occlusion from Chronic Thromboembolic Disease: Outcomes Following Pulmonary Thromboendarterectomy Surgery. *J Heart Lung Transplant* 2014;32:S54. <http://doi.org/cr6c>
4. Madani M, Mayer E, Fadel E, Jenkins D. Pulmonary Endarterectomy. *Ann Am Thorac Soc* 2016;13 (Supl. 3):S240-7. <http://doi.org/cr6d>
5. Ali J, Dunning J, Ng Ch, Tsui S, Cannon J, Sheares K, et al. The Outcome of Reoperative Pulmonary Endarterectomy Surgery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2018;26:932-7. <http://doi.org/gcwj98>
6. Merli V, Vistarini N, Grazioli V, Sciortino A, Pin M, Parisi I, et al. Pavia Experience in Reoperative Pulmonary Endarterectomy. *Sem Thorac Surg* 2017;29:464-8. <http://doi.org/cr6f>

Diseción espontánea de la arteria coronaria descendente anterior izquierda como accidente cerebrovascular tromboembólico

Describimos el caso de una mujer de 43 años que fue ingresada debido a hemiparesia derecha y afasia que había comenzado repentinamente una hora antes, mientras practicaba deporte. No presentaba antecedentes médicos de importancia, excepto que era fumadora activa. Al ingreso, presentaba hemiparesia derecha y afasia sensorial, con una puntuación de 23 en la escala del NIHSS. El examen físico fue normal. El ECG mostró ritmo sinusal a 70 latidos por minuto, complejo QRS estrecho e inversión de onda T en derivaciones precordiales, sin evidencia de necrosis miocárdica. La determinación de troponina I, así como el análisis bioquímico del suero, los parámetros de coagulación y el recuento de células sanguíneas fueron normales. La TC craneal multimodal reveló oclusión completa de la arteria cerebral media izquierda (segmento M1) (Figura 1) y del área correspondiente de hipoperfusión, con volumen sanguíneo cerebral conservado (Figura 2). Se le realizó trombólisis intravenosa con alteplasa seguida de trombectomía mecánica con *stent-retriever*, logrando la recanalización completa 3 horas después de la aparición de los síntomas. La TC realizada 24 horas más tarde mostró un infarto establecido que afectó los ganglios basales izquierdos, sin hemorragia. El estado clínico de la paciente mejoró en los días siguientes hasta su recuperación completa.

Como parte del protocolo de diagnóstico, se realizó ecocardiograma transtorácico, que reveló acinesia

apical del ventrículo izquierdo con trombo intraventricular de 2.2×1.2 cm (Figura 3) en zona apical. Se le administró tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular y dosis baja de aspirina.

Durante una nueva entrevista sobre su situación cardíaca una vez recuperada de la afasia, la paciente negó haber tenido algún síntoma relacionado con el corazón antes del inicio del accidente cerebrovascular (ACV). Se realizó una coronariografía a los 7 días, que mostró arterias coronarias izquierda, circunfleja y derecha normales. La gran arteria descendente anterior (DA) izquierda recurrente, sin evidencia de aterosclerosis, presentaba una disección no oclusiva en su segmento apical (Figura 4). Dado que la disección afectaba un segmento distal y que no había evidencia de obstrucción limitante del flujo, se decidió por un tratamiento médico conservador sin intervención coronaria.

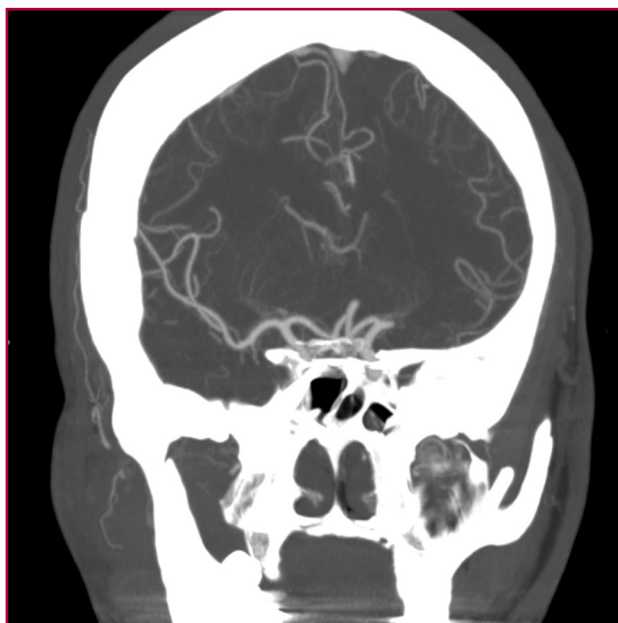


Fig. 1. Angiotomografía computada de inicio (vista coronal) que muestra oclusión completa del segmento M1 de la arteria cerebral media izquierda

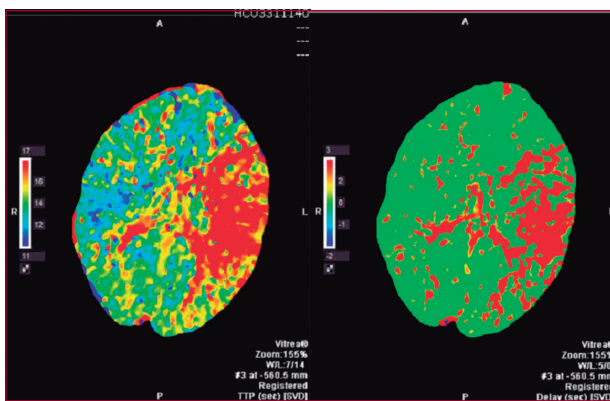


Fig. 2. Imágenes de la TC-perfusión que muestran una amplia zona isquémica en el territorio de la oclusión de la ACM izquierda, con volumen sanguíneo cerebral conservado que indica la persistencia de tejido recuperable.

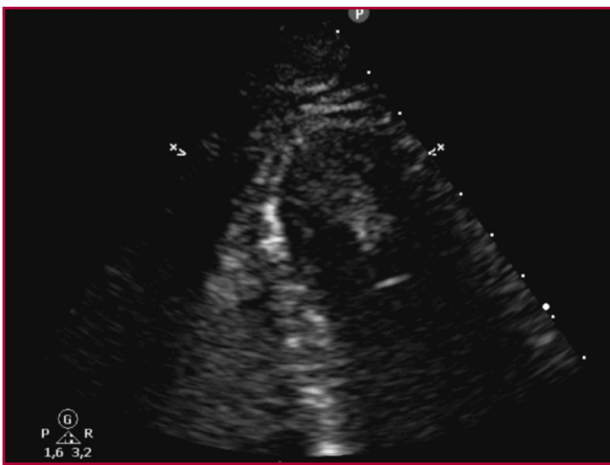


Fig. 3. Ecocardiografía transtorácica (imagen ampliada de la vista apical de 4 cámaras) que muestra el trombo ventricular izquierdo en la región apical.



Fig. 4. Coronariografía (vista oblicua anterior derecha). Disección de la arteria coronaria anterior izquierda en su segmento apical.

Tras 12 días de hospitalización, la paciente fue dada de alta con tratamiento de betabloqueantes en dosis bajas, 100 mg de aspirina y warfarina (RIN 2-3). En esta paciente, la disección espontánea de la DA izquierda produjo aturdimiento miocárdico asintomático y posterior acinesia apical, con formación secundaria de trombo y embolia cerebrovascular. A nuestro entender, este es el primer caso descrito de disección espontánea de la arteria coronaria (DEAC) que se presenta con un ACV isquémico agudo como única manifestación clínica de la enfermedad.

La disección espontánea de la arteria coronaria (DEAC) es una afección poco frecuente y potencialmente mortal, que generalmente afecta a mujeres jóvenes y sanas. (1) La incidencia de esta enfermedad es de alrededor del 0,2% de los pacientes con síndrome coronario agudo (2) y compromiso de la arteria descendente anterior izquierda en la mayoría de los casos.

El mecanismo fisiopatológico subyacente es la ruptura de la unión íntimo medial, lo que deriva en un *flap intimal* y en la formación de un hematoma intramural. El cuadro clínico varía según el nivel de gravedad de la limitación del flujo, y pueden presentarse síndromes coronarios agudos, arritmias ventriculares y muerte súbita.

La DEAC se diagnostica generalmente por coronariografía, siendo los hallazgos más comunes el *flap intimal* radiotransparente o la depuración retardada del contraste desde la falsa luz (como ocurre en nuestro caso). Sin embargo, las imágenes angiográficas pueden imitar la estenosis aterosclerótica o el espasmo coronario, lo que representa un desafío diagnóstico.

(3) En los últimos años, las técnicas de imagen intravascular –ecografía intravascular (4) y tomografía de coherencia óptica– han permitido una mejor comprensión y caracterización de la DEAC, así como un diagnóstico más preciso.

Las opciones de tratamiento terapéutico dependen del nivel de limitación del flujo y de la localización y el alcance de la disección. (5) En los casos proximales y de limitación del flujo, la intervención coronaria y la colocación de stents pueden resultar el tratamiento más apropiado, (6) mientras que, en las disecciones distales no obstructivas, el tratamiento médico y el seguimiento estricto son las estrategias más habituales.

Si bien no hay suficiente evidencia con respecto al tratamiento médico más adecuado para la DEAC, existe una tendencia a aplicar la doble antiagregación plaquetaria y el tratamiento con betabloqueantes.

Una vez resuelta la fase aguda, la historia natural de la enfermedad suele ser la curación espontánea y la resolución completa. Sin embargo, se han reportado tasas recurrentes de hasta el 20% en los primeros 10 años, lo que enfatiza la importancia del seguimiento estricto.

En nuestro caso, debido a las características de la disección, elegimos un enfoque conservador con terapia antitrombótica dual con warfarina y ácido acetilsalicílico (ASA) para la prevención secundaria de isquemia miocárdica y cardioembolia.

Este caso representó un desafío diagnóstico y terapéutico tanto para el equipo de neurólogos como para el de cardiólogos, e ilustra la importancia de un enfoque basado en el trabajo en equipo para el tratamiento de la enfermedad cerebrovascular.

**Pablo Pastor¹, Alfonso Escobar³,
Manuel Jiménez-Mena², María Alonso de Leciana⁴,
Jaime Masjuan³, José Luis Zamorano²**

¹ Departamento de Cardiología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lérida, España.

² Departamento de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

³ Departamento de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

⁴ Departamento de Neurología. Centro de Accidentes Cerebrovasculares. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tweet MS, Hayes SN, Pitta SR, Simari RD, Lerman A, Lennon RJ, et al. Clinical features, management, and prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Circulation* 2012;126:579-88. <http://doi.org/cr8p>
2. Grosseto D, Santarelli A, Carigi S, Baldazzi F, Franco N, Santoro D et al. Incidence of spontaneous coronary artery dissection in all comers patients referred for acute coronary syndrome. *Eur Heart J: Acute Cardiovasc Care* 2012;1(Suppl 1): 61.

3. Tweet M, Hayes S, Lerman A, Rihal C, Gulati R. Percutaneous coronary intervention for acute spontaneous coronary artery dissection is associated with reduced rates of technical success. *Circulation* 2012;126.
 4. Arnold JR, West NE, Van Gaal WJ, Karamitos TD, Banning AP. The role of intravascular ultrasound in the management of spontaneous coronary artery dissection. *Cardiovasc Ultrasound* 2008;6:24
 5. Shamloo BK, Chintala RS, Nasur A, Ghazvini M, Shariat P, Diggs JA, et al. Spontaneous coronary artery dissection: aggressive vs. conservative therapy. *J Invasive Cardiol* 2010;22:222-8.
 6. Xin-He Y, Cheng-Jian Y, Yan J, Xin X, Jia-Ning C, Zhen-Jie Y, et al. A successful emergency management of spontaneous coronary artery dissection and review of literature. *Am J Emerg Med* 2013;31:11565. <http://doi.org/cr8q>
-
- REV ARGENT CARDIOL 2018;86:302-304. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v86.i4.12857>
-