

lo que habría que cubrir el *ostium* del vaso protruyendo ligeramente el *stent* hacia la aorta. Sin duda, la utilización de *stents* farmacoactivos es aconsejable, así como la elección de *stents* con un armazón que permita una importante sobredilatación para ajustarlos al tamaño del vaso en el TCI. Es imprescindible la comprobación del resultado mediante IVUS.

Respecto a la rama circunfleja que quedaría enjaulada por el *stent*, dado el contexto clínico inestable no realizaría ningún tratamiento sobre ella, excepto si existiera compromiso del flujo o de la luz del vaso. En un procedimiento posterior se podría plantear la optimización del tratamiento con la apertura de la malla hacia la circunfleja mediante una técnica de inflado simultáneo de 2 *kissing balloons*.

FINANCIACIÓN

No hay financiación.

CONFLICTO DE INTERESES

Ningún conflicto relacionado con este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hinojal YC, Di Stefano S, Florez S, et al. Spontaneous coronary dissection during postpartum: Etiology and controversies in management. *Ital Hear J.* 2004; 5:563-565.
2. Saw J, Humphries K, Aymong E, et al. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Clinical Outcomes and Risk of Recurrence. *J Am Coll Cardiol.* 2017; 70:1148-1158.
3. Al-Hussaini A, Abdelaty AMSEK, Gulsin GS, et al. Chronic infarct size after spontaneous coronary artery dissection: implications for pathophysiology and clinical management. *Eur Heart J.* 2020;41:2197-2205.

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000192>

Diseción coronaria espontánea en el tronco común izquierdo complicada con vasoespasm. Resolución



Spontaneous left main coronary artery dissection complicated with vasospasm. Case resolution

Cátia Costa Oliveira^{a,b,c,*}, Carlos Galvão Braga^a, Catarina Quina^a, João Costa^a y Jorge Marques^a

^a Cardiology Service, Hospital de Braga, Braga, Portugal

^b Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Health Sciences, University of Minho, Braga, Portugal

^c ICVS/3B's-PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000190>

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000191>

RESOLUCIÓN DEL CASO

Se optó por finalizar la intervención tras la desaparición de los síntomas de la paciente (se obtuvo el consentimiento pertinente) y resolución de la elevación del segmento ST. Tras la intervención, la analítica sanguínea que se realizó reveló nuevas subidas de los niveles de troponina I (4,4 ng/ml). La paciente inició un tratamiento con bloqueadores del canal de calcio, concretamente dihidropiridinas, debido al vasoespasm observado. La paciente siguió asintomática mientras estuvo en observación. Cinco días después fue dada de alta con tratamiento

* Autor para correspondencia: Rua das Camélias, Urbanização Colina do Ave 30, 4760-712 Ribeirão, Vila Nova de Famalicão, Portugal.

Correo electrónico: catiaandreioliveira@gmail.com [C. Costa Oliveira].

Online: 17-02-2021.

Full English text available from: www.recintervcardiol.org/en.

2604-7306 / © 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

antiagregante plaquetario doble. Un mes después volvió a ser hospitalizada para realizársele una coronariografía y volver a valorar la lesión. La coronariografía solo reveló la presencia de irregularidades, no así de nuevas lesiones ([vídeos 1 y 2 del material adicional](#)). Por tanto, el diagnóstico más probable era disección coronaria espontánea (DCE). El abordaje de las DCE sigue siendo motivo de controversia, sobre todo en lo referente a lesiones del tronco común izquierdo y a situaciones de inestabilidad hemodinámica, pues es bien sabido que las DCE pueden curar espontáneamente al cabo de 1 mes¹⁻³. En este caso, se optó por no realizar una intervención coronaria percutánea porque la paciente seguía asintomática, las alteraciones electrocardiográficas se habían resuelto tras la administración de nitratos intracoronarios y porque no estábamos seguros de la etiología del vasoespasmó (DCE frente a lesión aterosclerótica). No se observaron nuevos hallazgos en la coronariografía de reevaluación que confirmó el más que probable diagnóstico de DCE. La paciente presentaba múltiples factores de riesgo para sufrir una DCE: era múltipara, había dado a luz recientemente y tomaba anticonceptivos hormonales^{1,2}. Tras consultar con la unidad de ginecología, se le administró medicación para suprimir la lactancia y se le retiraron los anticonceptivos hormonales. Se descartaron enfermedades autoinmunes y displasia fibromuscular. El ecocardiograma transtorácico de reevaluación no reveló ninguna alteración. Hasta la fecha ha pasado un año sin recaídas.

FINANCIACIÓN

No se obtuvo ningún tipo de financiación para este artículo.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

C. Costa Oliveira es responsable del análisis del caso clínico y la redacción del artículo. C. Galvão Braga es responsable de la intervención coronaria del paciente y la revisión del artículo. C. Quina, J. Costa y J. Marques participaron en la resolución del caso y son responsables de la revisión del artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

No se declara ninguno.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000192>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adlam D, Alfonso F, Maas A, Vrints C, Writing Committee, European Society of Cardiology, acute cardiovascular care association, SCAD study group: a position paper on spontaneous coronary artery dissection. *Eur Heart J*. 2018;39:3353–3368.
2. Hayes SN, Kim ESH, Saw J, et al. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Current State of the Science: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2018;137:e523–e557.
3. Shan P, Huang W, Hoosen R, Zhou C, Mintz GS, Fu G. Spontaneous dissection in the left main coronary artery. *Am J Emerg Med*. 2018;36:907.