



4. Circulación coronaria

4.1. Cuantificación del flujo coronario máximo y del flujo coronario relativo mediante la evaluación de la perfusión miocárdica con tomografía cardiaca dinámica

Rangel-Calzada Andrei, Rodríguez-Galán Tatiana, Vallejo-Venegas Enrique
Centro Médico ABC.

Introducción: evaluar la prevalencia de alteraciones del flujo coronario máximo (FCM) y del flujo coronario relativo (FCR) mediante la evaluación de la PM con TCD en pacientes con dolor precordial referidos a ATC por sospecha de EAC. **Material y métodos:** cuarenta y tres pacientes con sospecha de EAC (edad promedio de 60.9 ± 12.9 años; rango de 31-81 años; 34 hombres y nueve mujeres) fueron referidos a ATC y evaluación de la PM con TCD. Inicialmente fueron adquiridas las imágenes para evaluar la perfusión miocárdica de primer paso bajo el efecto de dipiridamol y posteriormente la ATC. Análisis estadístico: para el análisis de la certeza diagnóstica se agruparon los grupos I y II y se compararon con los resultados del grupo III para evaluar la utilidad del FCM y del FCR en la identificación de EAC con obstrucción funcionalmente significativa. Anexo a metodología: el flujo coronario máximo (FCM) fue evaluado automáticamente con un programa dedicado y el flujo coronario relativo (FCR) calculado al dividir el FCM de cada arteria por el valor máximo de alguna de ellas. Se utilizó el valor de corte > 75 mL/100 mL/min para el FCM y > 0.80 para el FCR para identificar los territorios con disminución de

la PM. Los resultados de la ATC fueron clasificados de la siguiente manera: pacientes sin placas o EAC (grupo I), pacientes con EAC sin obstrucciones significativas (1-69%, grupo II) y pacientes con EAC y obstrucciones significativas ($> 70\%$, grupo III). **Resultados:** los promedios del FCM y del FRC se resumen en la *Tabla 4.1.1* y el análisis estadístico de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo en la *Tabla 4.1.2*. **Conclusiones:** la evaluación de la perfusión miocárdica con tomografía cardiaca dinámica es una herramienta útil para demostrar el impacto funcional de la EAC. El valor predictivo positivo del FCM fue de 1 en esta serie de casos, mejorando en consecuencia la especificidad de la angiografía coronaria para evaluar el impacto funcional de la EAC obstructiva.

4.2. Disección coronaria espontánea en hombre de 45 años, reporte de caso y revisión de la literatura

Hernández-Heredia E, Guzmán-Olea J, Guzmán-Olea G,
Álvarez-Alvarado H, Huembes-Camacho J, Tolosa-Dzul G
IMSS, UMAE, HES, Puebla.

Presentación del caso: hombre de 45 años, sedentario, con sobrepeso, sin enfermedades, posterior a un esfuerzo intenso presenta dolor precordial de instauración abrupta de tipo opresivo en intensidad 5/10, cede parcialmente con reposo, seis horas después alcanza acmé de dolor con sensación lacerante retroesternal. El ECG documentó elevación del segmento ST en DI y AVL (*Figura 4.2.1*).

Tabla 4.1.1.

	Sin EAC	EAC N/Sig	EAC sig.
FM Global*	116.7 \pm 19.4	127.5 \pm 26.2	104.2 \pm 25.2
FM LAD*	130.9 \pm 9.7	145.7 \pm 8.27	110.4 \pm 7
FM LCX*	123.1 \pm 10.7	134.5 \pm 8.1	80.1 \pm 6.8
FM RCA*	128.1 \pm 7.3	144.8 \pm 8.9	92.7 \pm 5.9
FR LAD	0.96	0.95	0.93
FR LCX	0.90	0.89	0.69
FR RCA	0.93	0.95	0.78

* mL/100 mL/min.

Tabla 4.1.2.

	EAC significativa ($> 70\%$)	EAC no significativa	
FM anormal	9	0	9
FM normal	2	32	34
	11	32	43
	Sensibilidad 0.82	Especificidad 1	PREV 0.26
	VPP 1	VPN 0.94	



Figura 4.2.1.

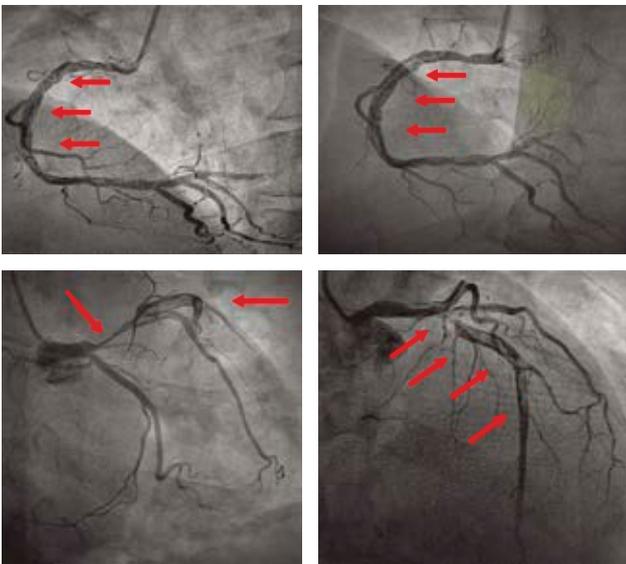


Figura 4.2.2.

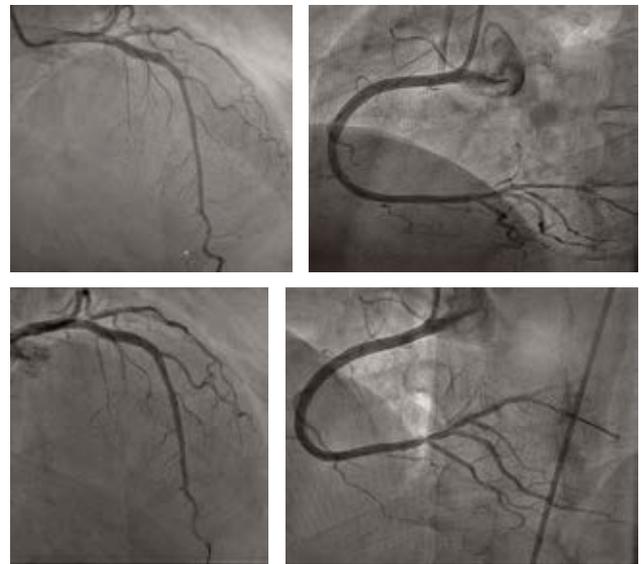


Figura 4.2.3.

Resultados: la DCE es una disección espontánea de una arteria coronaria epicárdica, produce oclusión parcial o completa de la arteria coronaria. El manejo depende de la presentación clínica, estabilidad hemodinámica, flujo coronario, la evidencia sugiere manejo conservador hasta 30 días en pacientes con SICA por DCE, al presentar cambios se decidió intervenir. **Análisis y conclusiones:**

la coronariografía muestra disección coronaria de arterias descendente anterior (DA) (tipo 2) y coronaria derecha (CD) helicoidal (tipo 1) (Figura 4.2.2), se decide manejo conservador, cuatro días después presentó nuevo evento de dolor; el ECG con cambios evolutivos de IAMCEST lateral, ISEPIC anterior (Figura 4.2.3) (2) se decide ICP a DA y CD.