

SEMINARIO CENTRAL DE CARDIOLOGÍA

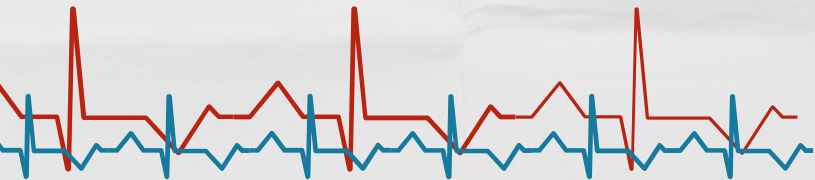
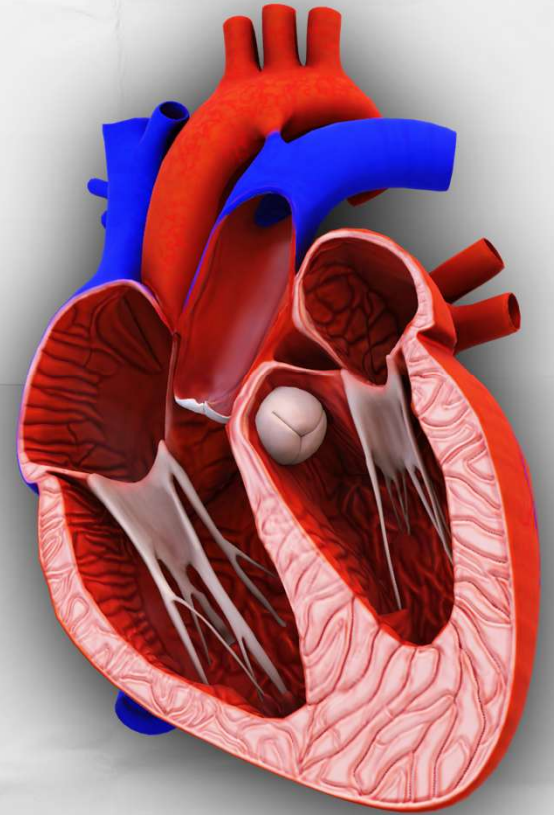
Carrera de posgrado de especialización en Cardiología.
Universidad Nacional de Rosario.

12/08/26

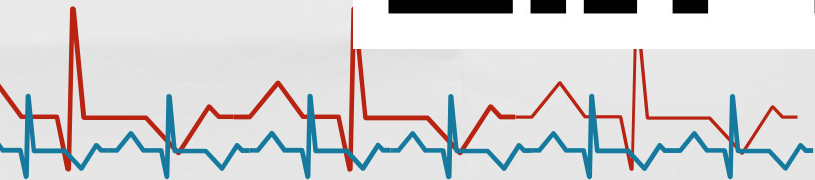
Martinez, Jenifer.



CENTENARIO
HOSPITAL PROVINCIAL



ASISTENCIA



**JULIO
2026**



53 años

**Panadera
Rosario**

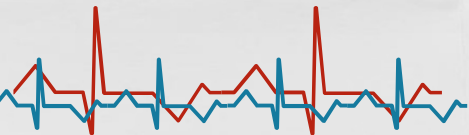
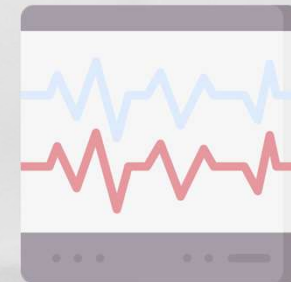
00:40 am

- Dolor torácico → CF IV
- Opresivo
- Intensidad 8/10
- Sudoración/ deseo defecatorio

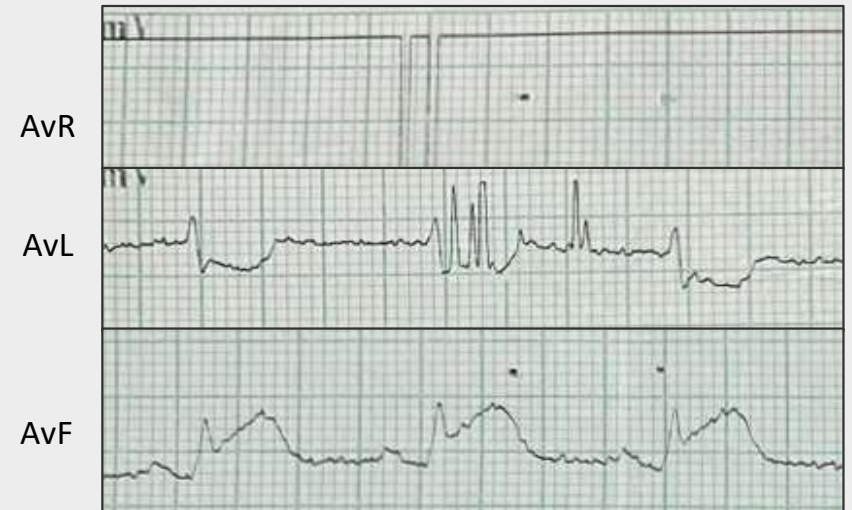
Losartán y Amlodipina.

2 am

HOSPITAL PROVINCIAL



25 mm/s
10 mm/mV



ANTECEDENTES



FRCV: hipertensión arterial, obesidad grado I

Migraña

2 cesáreas



Medicación habitual: Losartán 100 mg/día,
Topiramato 50 mg/día.





ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre: fallecida a los 80 años por tumor cerebral.

Padre: fallecido, antecedente de ACV.

Hermanos: 3, sanos.

Hijos: 2, sanos.



EXAMEN FÍSICO

Ruidos cardíacos normofonéticos. No se ausculta R3, R4 ni frote. Latido apexiano en 5to espacio intercostal, línea hemiclavicular izquierda. **Soplo sistólico en foco aórtico 2/6.**

Pulsos distales conservados y simétricos. Tono y trofismo conservado, sin edemas periféricos.

Vigíl, lúcida, orientado globalmente. Sin Ingurgitación yugular.

Respiración costo abdominal sin tiraje ni reclutamiento, buena entrada bilateral de aire sin ruidos agregados.

Blando, depresible e indoloro, ruidos hidroaéreos conservados. No se palpan visceromegalias.

TA: 135/80 mmHg.

FC: 80 lpm.

FR: 15 Rxm

Tº 36°C

SatO2: 96% (FiO2: 0.21).





¿Cuál piensa que será el resultado de la coronariografía?

a izq. 15 cps Normal

May 07 1973

(Fr: 1/78)

202

Acq Tm: 04:20

x



Acc:
2026 Jul 07
Acq Tm: 04:15:50.761/55)

/13
53 (Fr: 1/53)

1.8x

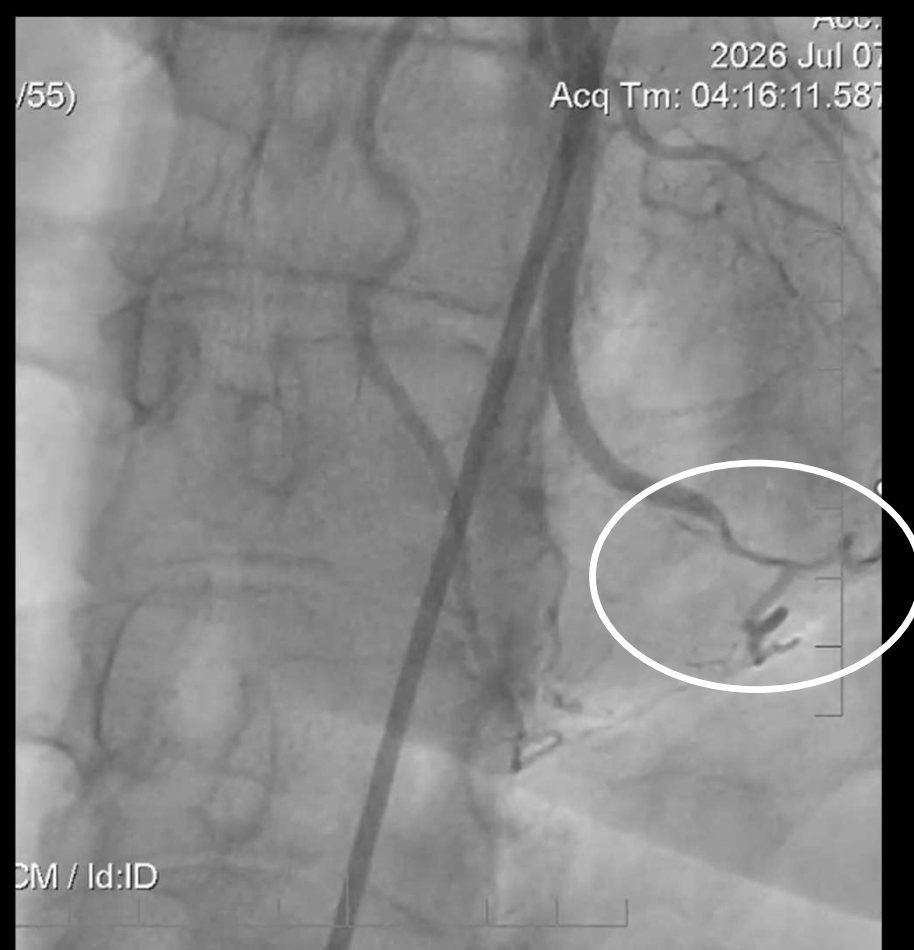
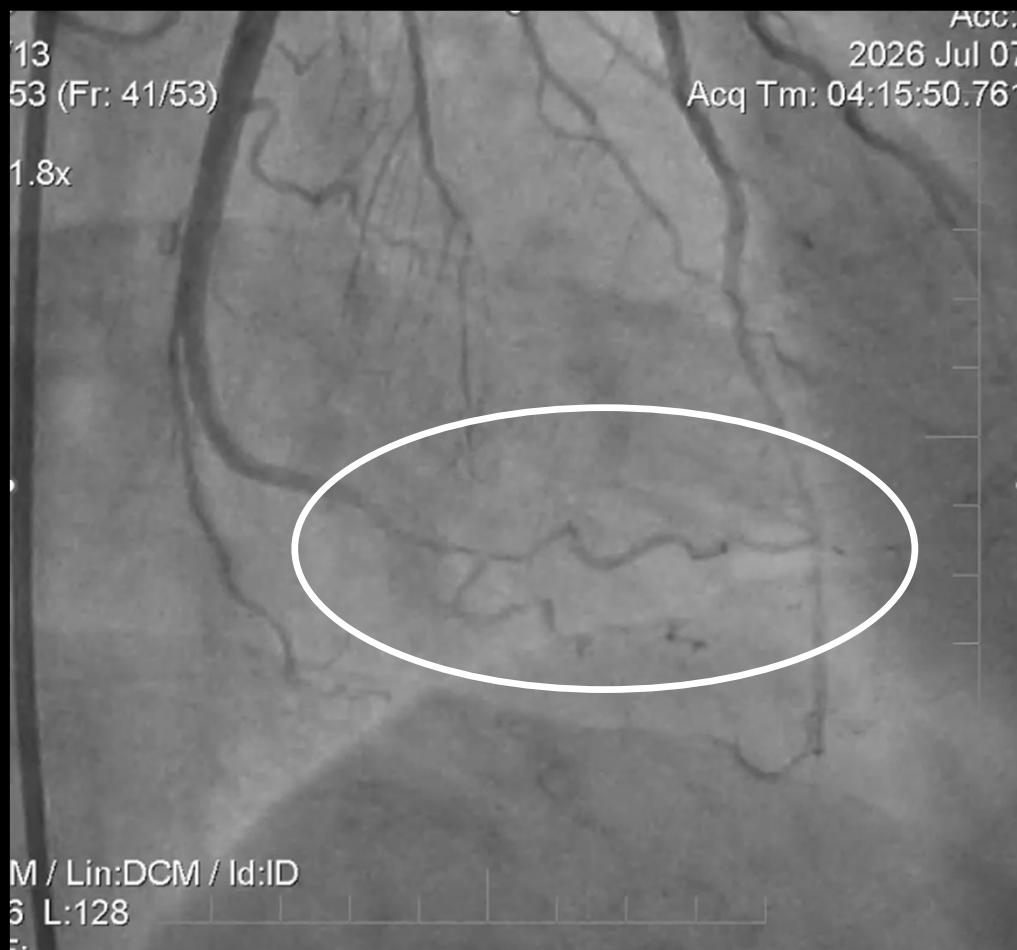
M / Lin:DCM / Id:ID

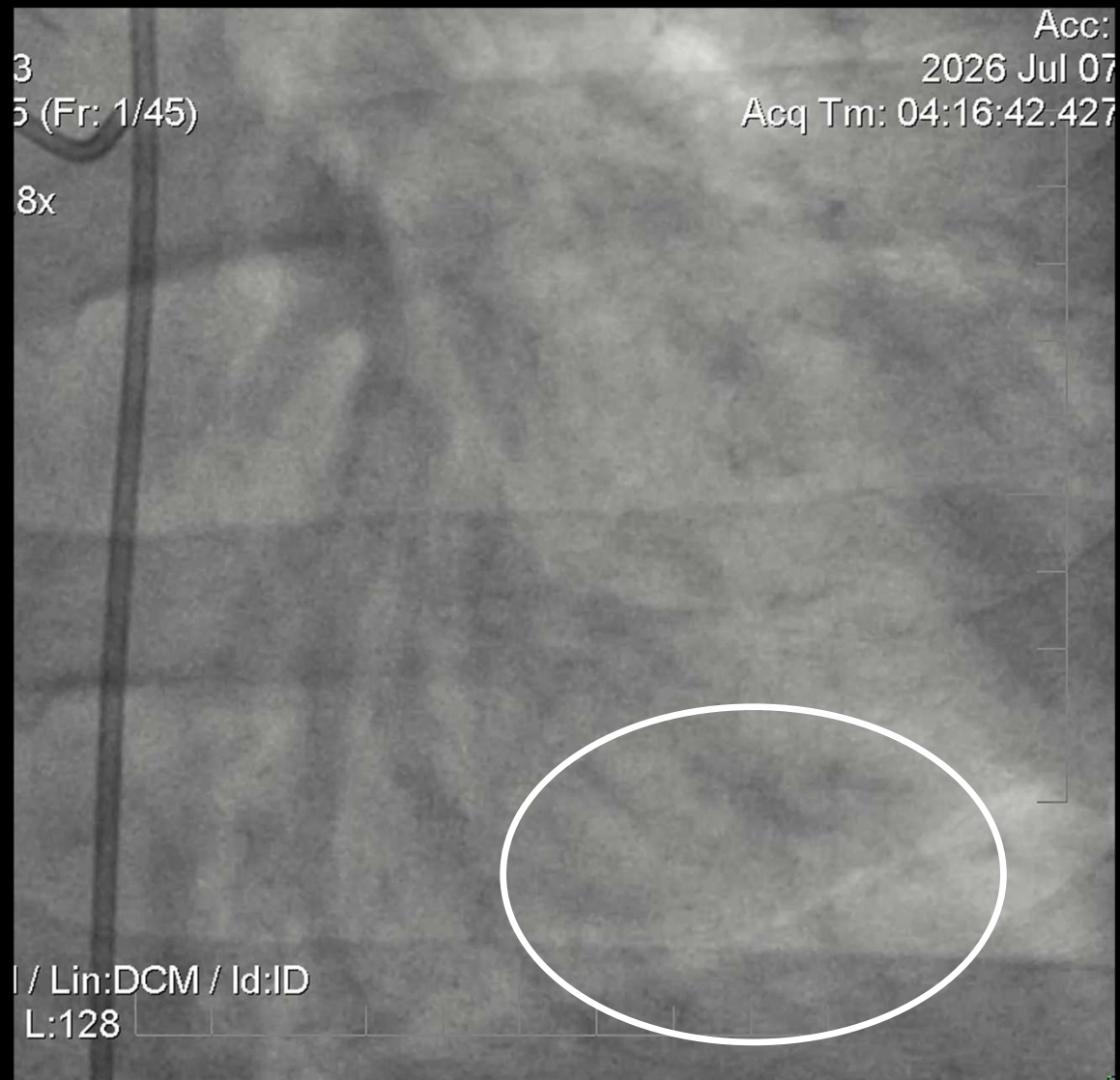
6 L:128

5:

Acc:
2026 Jul 07
Acq Tm: 04:16:11.587

DCM / Id:ID







CORONARIOGRAFÍA Y VENTRICULOGRAFÍA

CORONARIA IZQUIERDA:

OSTIUM Y TRONCO: De buen calibre y desarrollo normal. Se bifurca en descendente anterior y circunfleja. Se encuentra libre de lesiones obstructivas angiográficamente significativas.

ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR: Es una arteria de buen calibre y normal desarrollo que alcanza el ápex cardíaco. Brinda ramas septales y diagonales. Tanto el vaso principal como sus ramas se encuentran libres de lesiones obstructivas angiográficamente significativas.

ARTERIA CIRCUNFLEJA: Es co-dominante, de buen calibre y normal desarrollo. Da origen a una importante rama obtusa marginal y a una rama posteroventricular. El vaso principal no presenta obstrucciones significativas. Por su parte, **la rama posteroventricular**, de recorrido tortuoso, **evidencia desde su tercio medio y extendiéndose distalmente hacia su tercio distal, una imagen angiográfica compatible con disección coronaria espontánea de tipo IIb de la clasificación de Saw, con flujo epicárdico preservado (TIMI 3).** El resto de sus segmentos y ramas se encuentran libres de lesiones obstructivas angiográficamente significativas.

CORONARIA DERECHA: Es co-dominante, de normal calibre y desarrollo. Da origen a una rama conal, a la rama del nódulo sinusal y a ramas marginales agudas para luego, al alcanzar la cruz del corazón dividirse en sus ramas terminales: descendente posterior y aurículoventricular que brinda por su parte ramas pósteroventriculares. Tanto el vaso principal como sus ramas se encuentran libres de lesiones obstructivas angiográficamente significativas.

VENTRICULOGRAFÍA: Impresiona buena función ventricular. No se observan trastornos de la motilidad segmentaria

CONCLUSIONES:

Disección coronaria espontánea de rama PV de Circunfleja.



¿Cuál sería su conducta ante el resultado de la CCG?

① The Slido app must be installed on every computer you're presenting from

slido

CORONARIOGRAFÍA Y VENTRICULOGRAFÍA

CORONARIA IZQUIERDA:

OSTIUM Y TRONCO: De buen calibre y desarrollo normal. Se bifurca en descendente anterior y circunfleja. Se encuentra libre de lesiones obstructivas angiográficamente significativas.

ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR: Es una arteria de buen calibre y normal desarrollo que alcanza el ápex cardíaco. Brinda ramas septales y diagonales. Tanto el vaso principal como sus ramas se encuentran libres de lesiones obstructivas angiográficamente significativas.

ARTERIA CIRCUNFLEJA: Es co-dominante, de buen calibre y normal desarrollo. Da origen a una importante rama obtusa marginal y a una rama posteroventricular. El vaso principal no presenta obstrucciones significativas. Por su parte, **la rama posteroventricular**, de recorrido tortuoso, **evidencia desde su tercio medio y extendiéndose distalmente hacia su tercio distal, una imagen angiográfica compatible con disección coronaria espontánea de tipo IIb de la clasificación de Saw, con flujo epicárdico preservado (TIMI 3)**. El resto de sus segmentos y ramas se encuentran libres de lesiones obstructivas angiográficamente significativas.

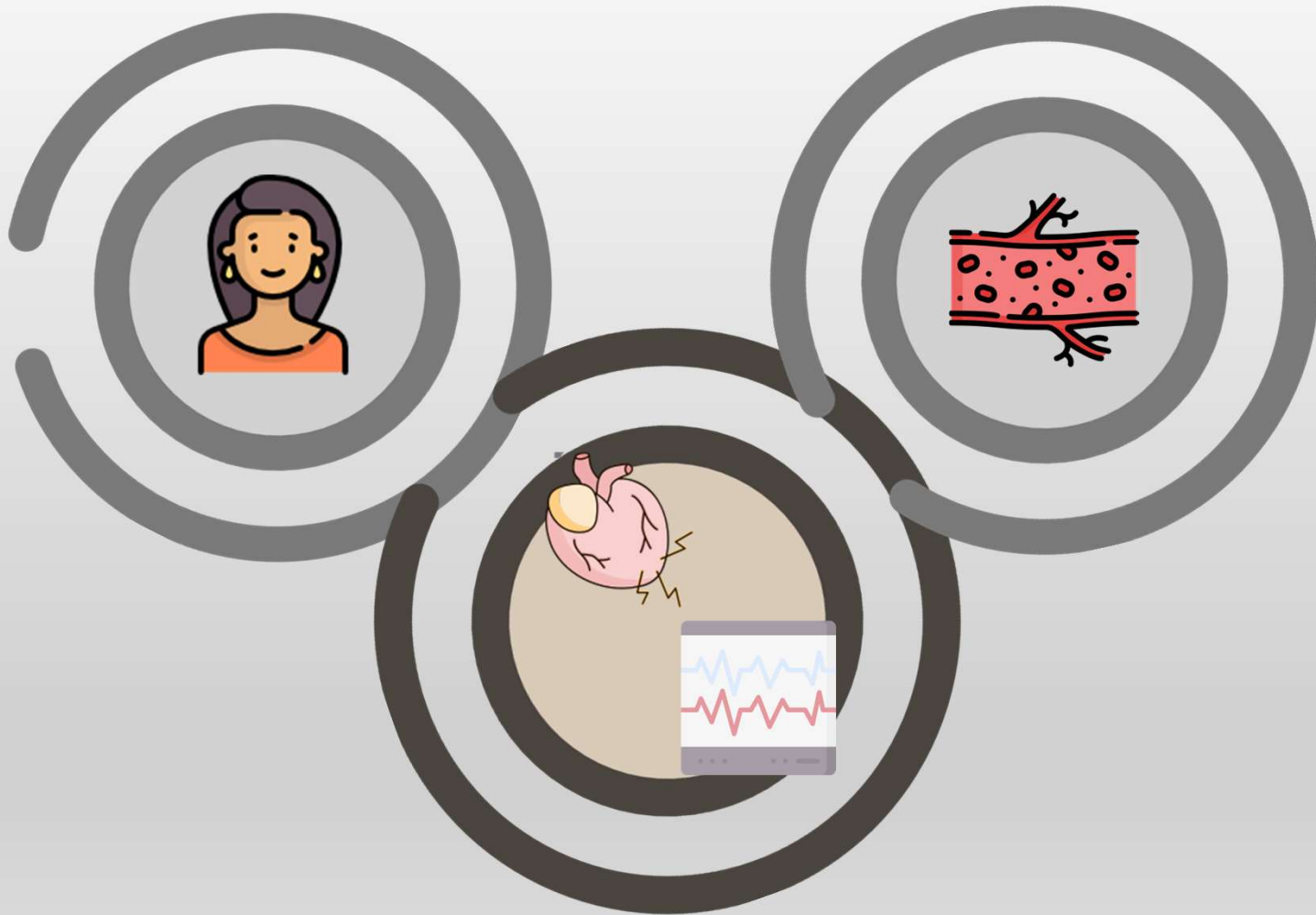
CORONARIA DERECHA: Es co-dominante, de normal calibre y desarrollo. Da origen a una rama conal, a la rama del nódulo sinusal y a ramas marginales agudas para luego, al alcanzar la cruz del corazón dividirse en sus ramas terminales: descendente posterior y aurículoventricular que brinda por su parte ramas pósteroventriculares. Tanto el vaso principal como sus ramas se encuentran libres de lesiones obstructivas angiográficamente significativas.

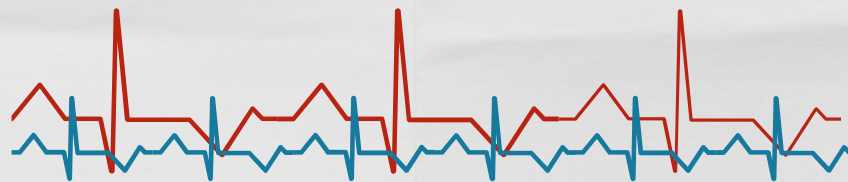
VENTRICULOGRAFÍA: Impresiona buena función ventricular. No se observan trastornos de la motilidad segmentaria

CONCLUSIONES:

Disección coronaria espontánea de rama PV de Circunfleja.

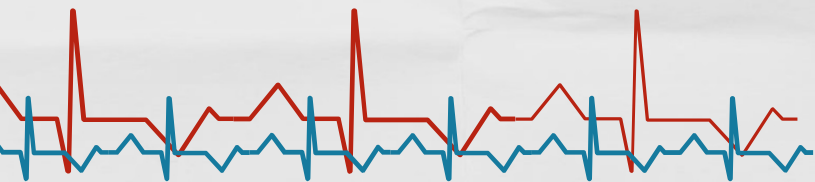
Nota: debido a presentar flujo TIMI 3, no evidenciar signos de shock cardiogénico, se decide tratamiento conservador.





INGRESA A UCO

**IAMCEST inferolateral,
KKA.**

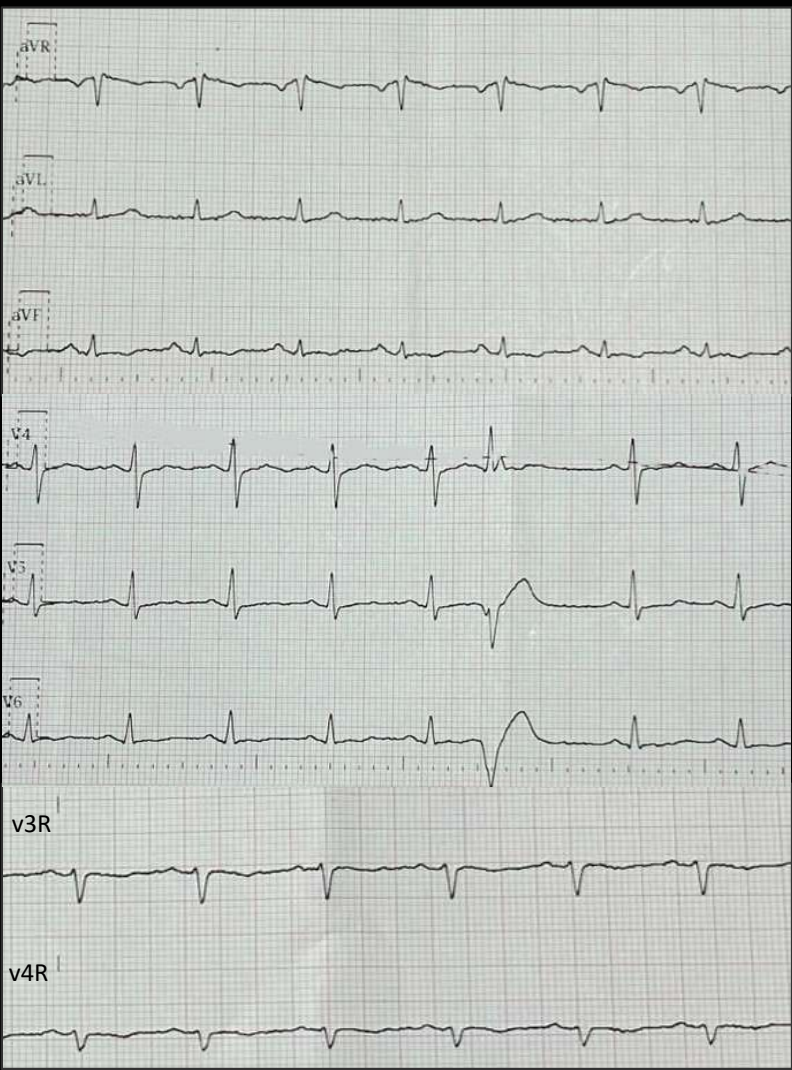
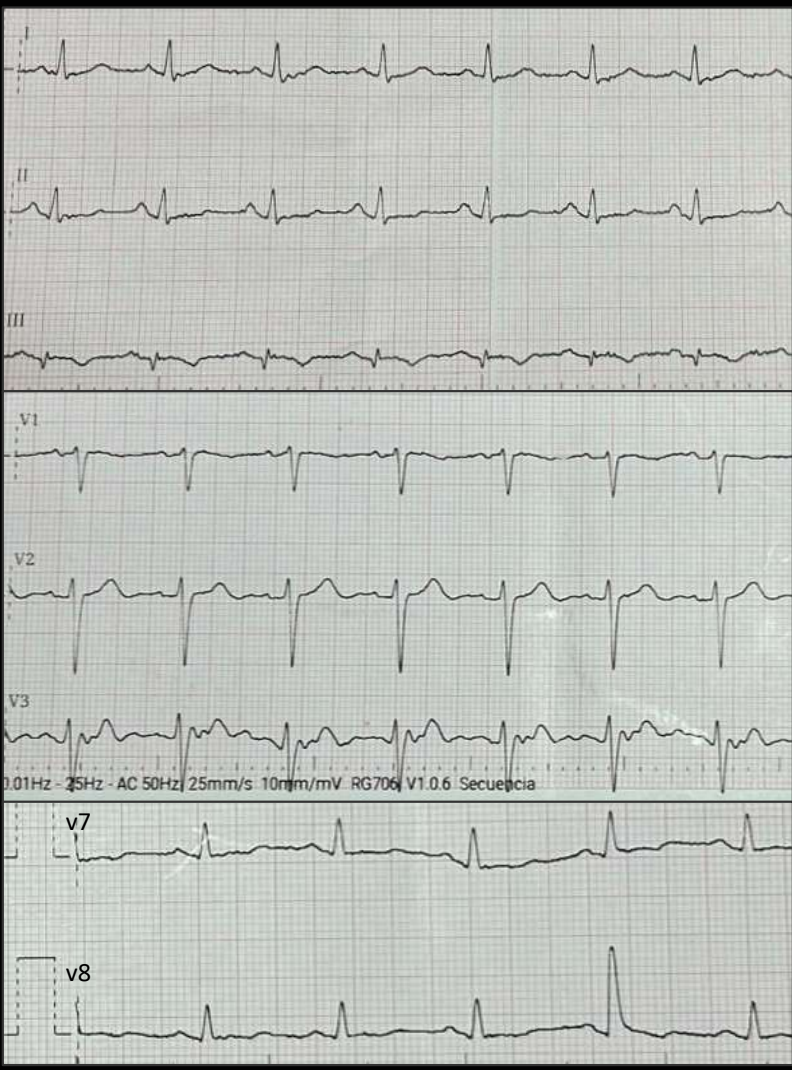


LABORATORIO

Hcto. (%)	34	TGO (UI/l)	48
Hb. (g/dl)	11,2	TGP (UI/l)	18
G.B. (cel/mm3)	13330	FAL (UI/l)	77
Plaq. (un/mm3)	399000	GGT (UI/l)	15
Glicemia (mg/dl)	167	CK (UI/l)	745
Urea (mg/dl)	39	LDH (UI/l)	274
Creatinina (mg/dl)	0,49	VES (mm/1°hs)	10
Sodio (mEq/l)	136	PCR (mg/l)	0,8
Potasio (mEq/l)	4,14	Troponina T (pg/ml) 947,60	
Cloro (mEq/l)	101		

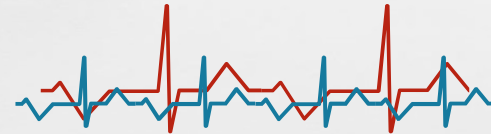
ELECTROCARDIOGRAMA UCO

25 mm/s
10 mm/mV



TRATAMIENTO INICIAL

- HP 1000 ml de SF en 24 hs
- Aspirina 100 mg/ día VO
- Prasugrel 60 mg VO UD, luego continúa con 10 mg/ día VO
- Atorvastatina 40 mg/día VO
- Atenolol 12,5 mg cada 12 hs VO
- Losartan 25 mg cada 12 hs VO
- Topiramato 50 mg/ día
- Omeprazol 20 mg/día VO
- Heparina sodica 5000 UI cada 12 hs SC



EVOLUCIÓN – UCO

DÍA 1



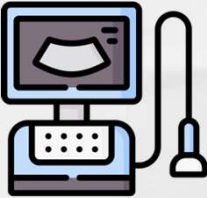
Estable hemodinámicamente. Afebril.

TA: 110/ 50 mmHg. **FC:** 72 lpm. **FR:** 17 rpm. **StO2:** 98% al 0,21. Sin signos de IC ni de bajo gasto cardíaco. PFD sin complicaciones.

Día	Hcto	Hb	GB	Plaq	Gli	U	Cr	Na	K	Cl	TGO	TGP	FAL	GGT
2	35	11,6	7840	203000	120	27	0,60	140	4,03	106	48	19	78	13

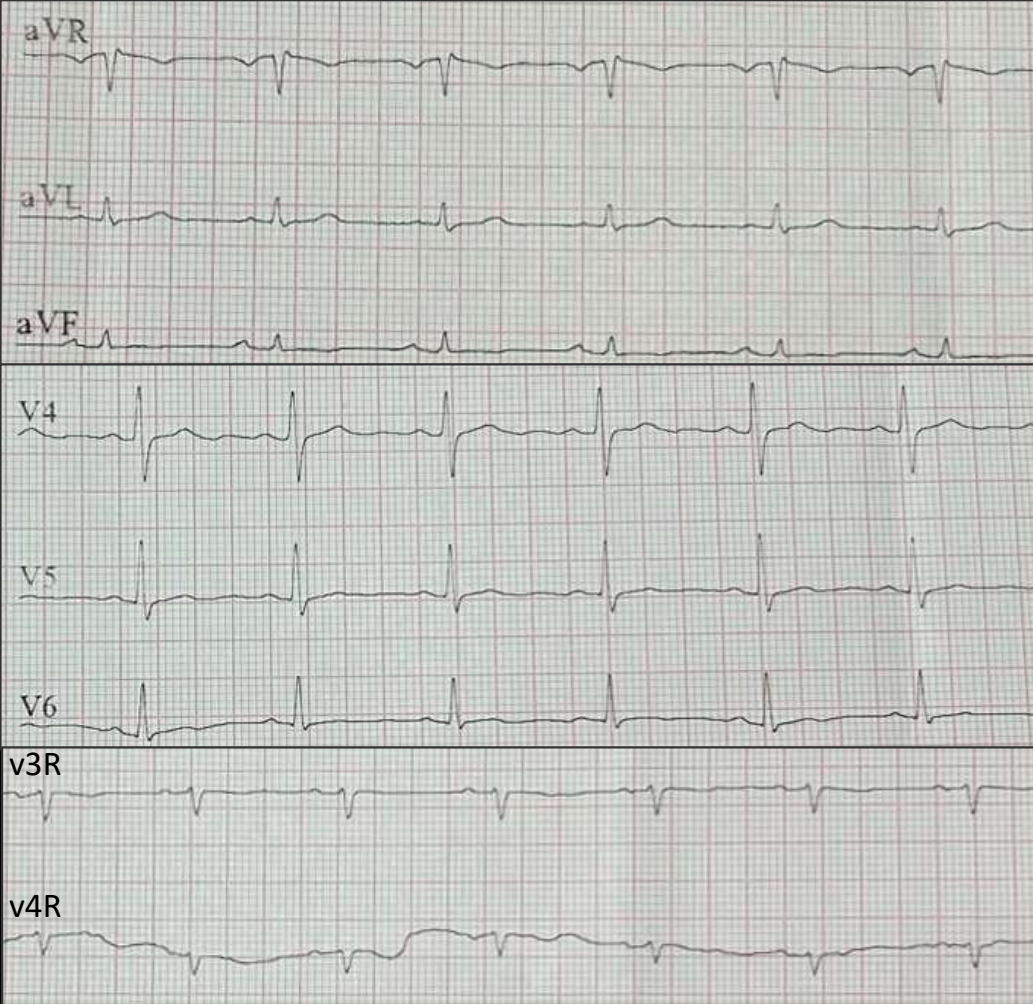
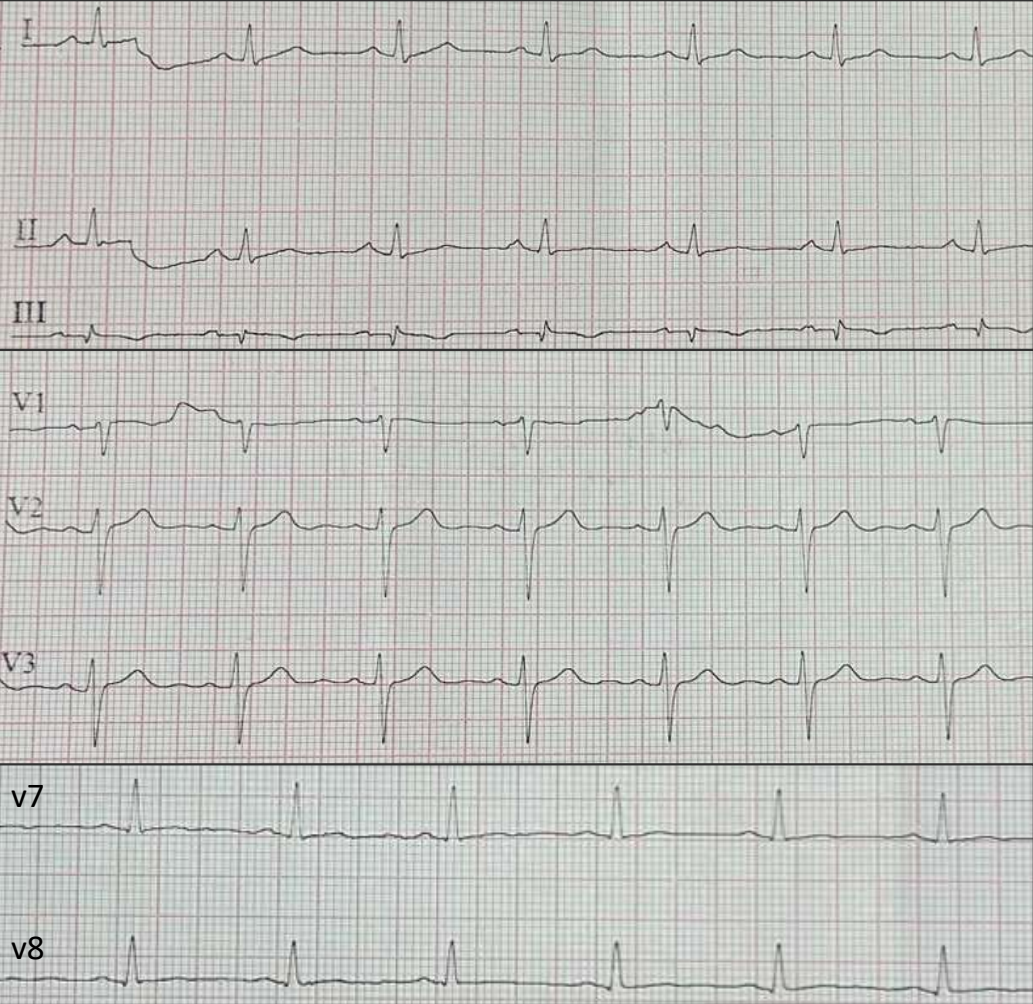
CT	HDL	LDL	TAG
128	63	66	35

Uricemia (mg/dl)	2,7
HbA1c (%)	5,7



ELECTROCARDIOGRAMA DÍA 1

25 mm/s
10 mm/mV



ECOCARDIOGRAMA DOPPLER:

Ventrículo izquierdo de dimensiones normales. **Espesor parietal: aumentado SIV (11,9 mm).**

Aquinesia inferobasal. Resto con engrosamiento y contractilidad normal. **Función sistólica conservada (55-60%).**

Aurícula izquierda: Normal. Cavidades derechas de dimensiones normales con índices de función del ventrículo derecho conservadas.

Válvula aórtica trivalvar con apertura y cierre conservado. Válvula mitral morfológicamente normal con apertura y cierre conservados. Válvula pulmonar y tricúspide normal. Raíz aórtica de dimensiones normales. Aorta ascendente de dimensiones normales.

Pericardio normal, sin derrame. VCI de dimensiones normales con colapso inspiratorio conservado.

Doppler: Válvula mitral: Flujo mitral en diástole bifásico laminar, de velocidad normal. Patrón: **retardo de relajación.**

Disfunción diastólica grado I. Leve reflujo. Válvula aórtica: Flujo transvalvular en sistole laminar, de morfología y velocidad normal. Sin reflujo. Válvula tricúspide: Flujo transvalvular en diástole bifásico laminar, de morfología y velocidad normal. Reflujo leve. Válvula pulmonar: Flujo transvalvular en sistole laminar, de morfología y velocidad normal. Sin reflujo.

Conclusiones: Remodelado concéntrico. Trastorno segmentario de motilidad parietal. FSVI conservada. Disfunción diastólica grado I.

EVOLUCIÓN – UCO

DÍA 1



Estable hemodinámicamente. Afebril.

TA: 110/ 50 mmHg. **FC:** 62 lpm. **FR:** 17 rpm. **StO2:** 98% al 0,21. Sin signos de IC ni de bajo gasto cardíaco. PFD sin complicaciones.

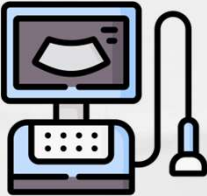
Día	Hcto	Hb	GB	Plaq	Gli	U	Cr	Na	K	Cl	TGO	TGP	FAL	GGT
2	35	11,6	7840	203000	120	27	0,60	140	4,03	106	48	19	78	13

CT	HDL	LDL	TAG
128	63	66	35

Uricemia (mg/dl)	2,7
HbA1c (%)	5,7



Sin cambios.



EVOLUCIÓN – UCO

Día 2



Hemodinámicamente estable. Afebril.

Asintomática cardiovascular.

TA: 119/60 mmHg **FC:** 68 lpm. **FR:** 16 rpm. SatO₂: 98% (0,21). PFD sin complicaciones.



HP 1000 ml de SF en 24 hs

Aspirina 100 mg/ día VO

~~Prasugrel 10 mg/ día VO~~

Atorvastatina 40 mg/día VO

Atenolol 12,5 mg cada 12 hs VO

Losartan 25 mg cada 12 hs VO

Topiramato 50 mg/ día

Omeprazol 20 mg/día VO

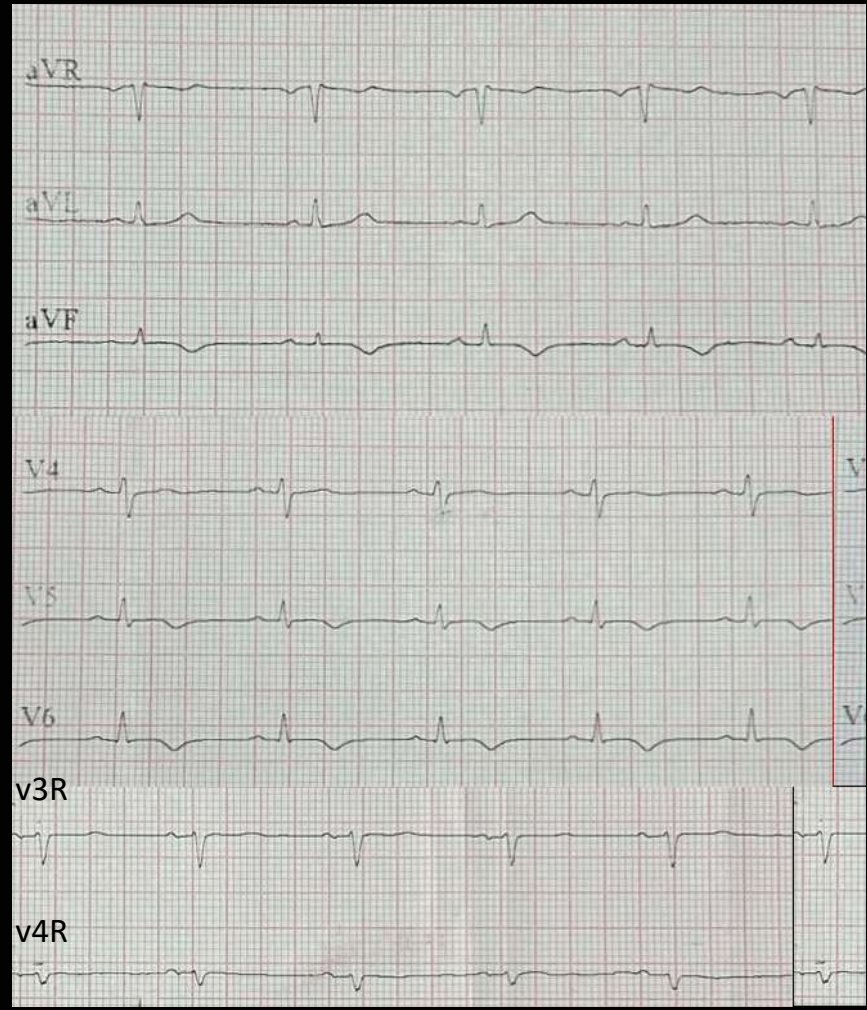
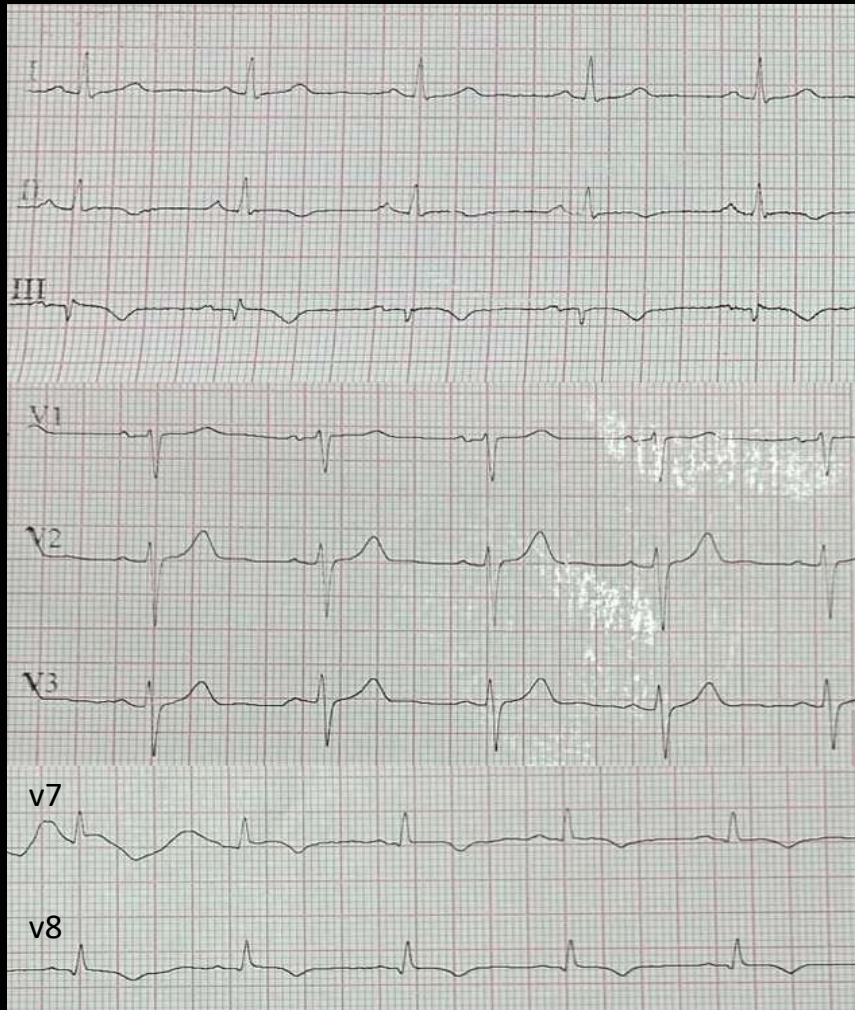
Heparina sodica 5000 UI cada 12 hs SC

Pasa a sala general



ELECTROCARDIOGRAMA DÍA 2

25 mm/s
10 mm/mV



ALTA HOSPITALARIA



Aspirina 100 mg/ día.
Atorvastatina 40 mg/ día.
Atenolol 12,5 mg cada 12 hs.
Losartán 25 mg cada 12 hs.
Omeprazol 20 mg/ día.
Topiramato 50 mg/ día

Día 3



Control ambulatorio con Cardiología.

Coronariografía de control (6 semanas).



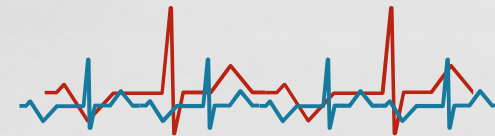
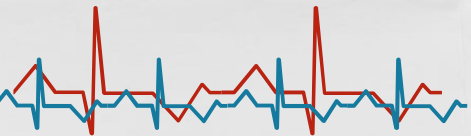
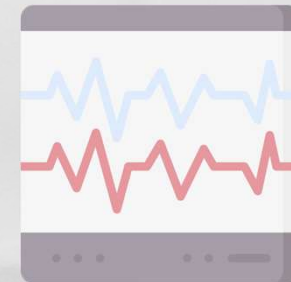
**72 HS POST
ALTA**

1:30 am

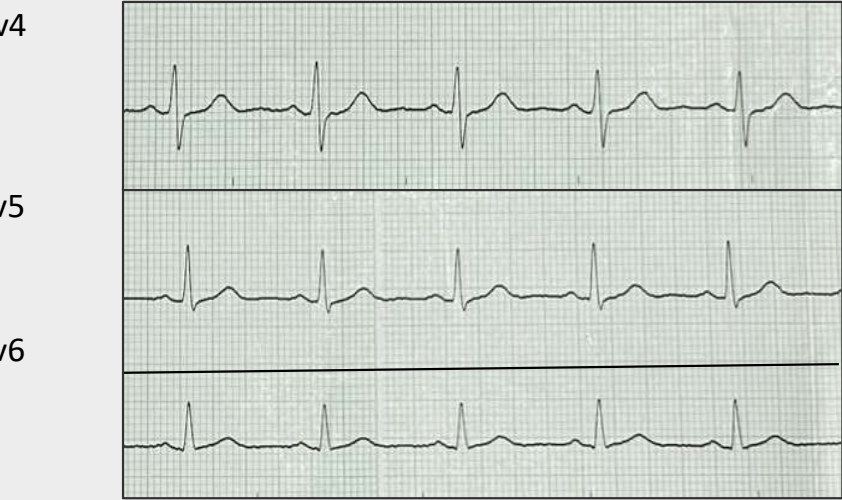
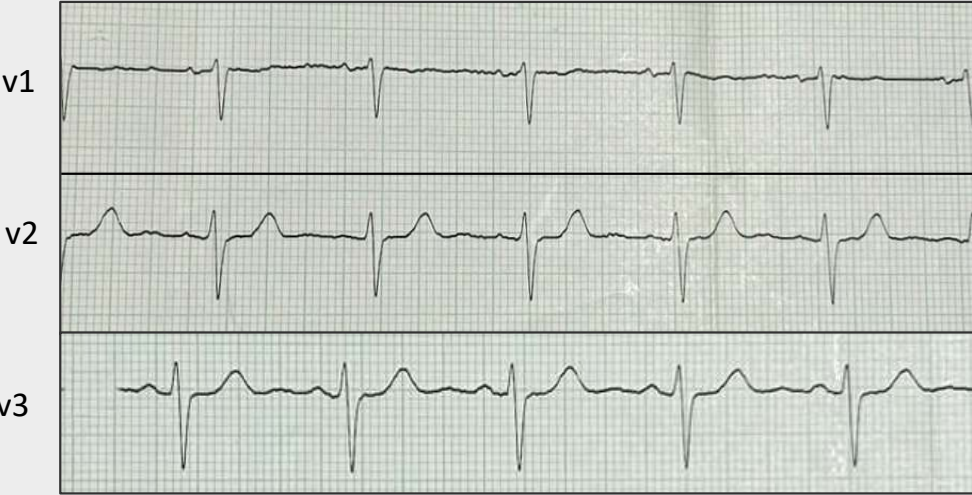
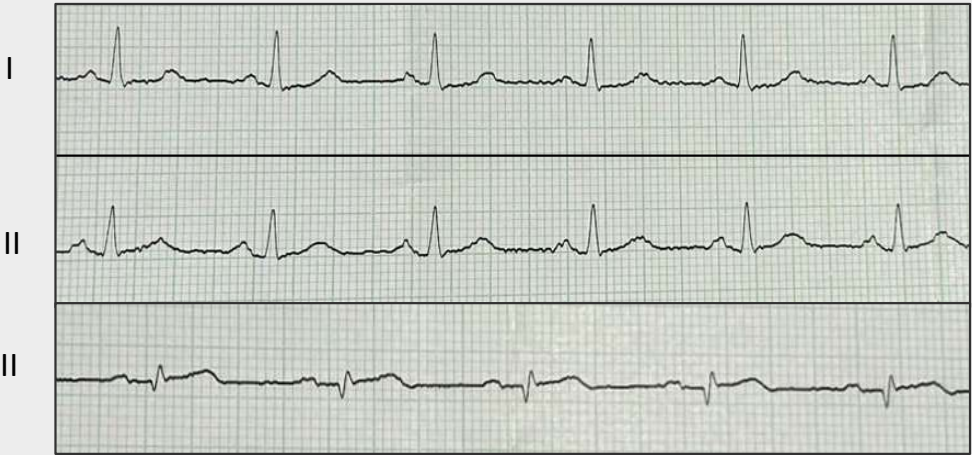
- Dolor torácico → CF IV
 - Opresivo
 - Intensidad 7/10
- Irradiado a brazo izquierdo

3 am

GUARDIA EXTERNA HPC



ELECTROCARDIOGRAMA GUARDIA



25 mm/s
10 mm/mV

EXAMEN FÍSICO

Ruidos cardíacos normofonéticos. No se ausculta R3, R4 ni frote. Latido apexiano en 5to espacio intercostal, línea hemiclavicular izquierda. **Soplo sistólico en foco aórtico 2/6.**

Pulsos distales conservados y simétricos. **Punción femoral derecha sin complicaciones.** Tono y trofismo conservado, sin edemas periféricos.

Vigíl, lúcida, orientado globalmente. Sin Ingurgitación yugular.

Respiración costo abdominal sin tiraje ni reclutamiento, buena entrada bilateral de aire sin ruidos agregados.

Blando, depresible e indoloro, ruidos hidroaéreos conservados. No se palpan visceromegalias.

TA: 140/80 mmHg.

FC: 80 lpm.

FR: 15 Rxm

Tº 36°C

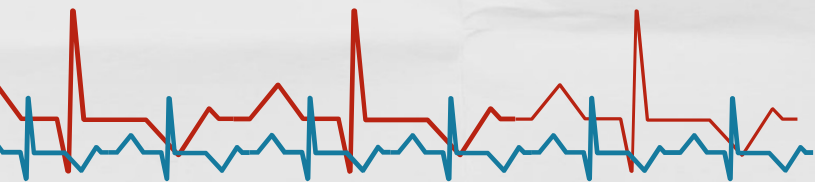
SatO2: 96% (FiO2: 0.21).

LABORATORIO

Hcto. (%)	35	CK (UI/l)	117
Hb. (g/dl)	11,6	LDH (UI/l)	306
G.B. (cel/mm3)	8990		
Plaq. (un/mm3)	219000		
Glicemia (mg/dl)	130	Troponina T 0h (pg/ml)	78,05
Urea (mg/dl)	51	Troponina T 1h (pg/ml)	88,52
Creatinina (mg/dl)	1,28		
Sodio (mEq/l)	136		
Potasio (mEq/l)	4,05		
Cloro (mEq/l)	100		

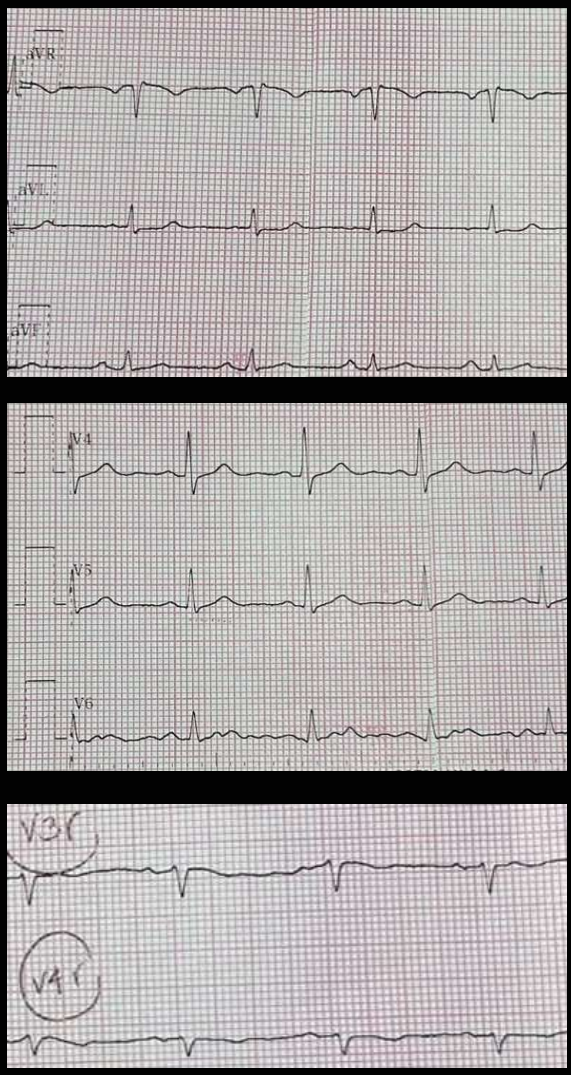
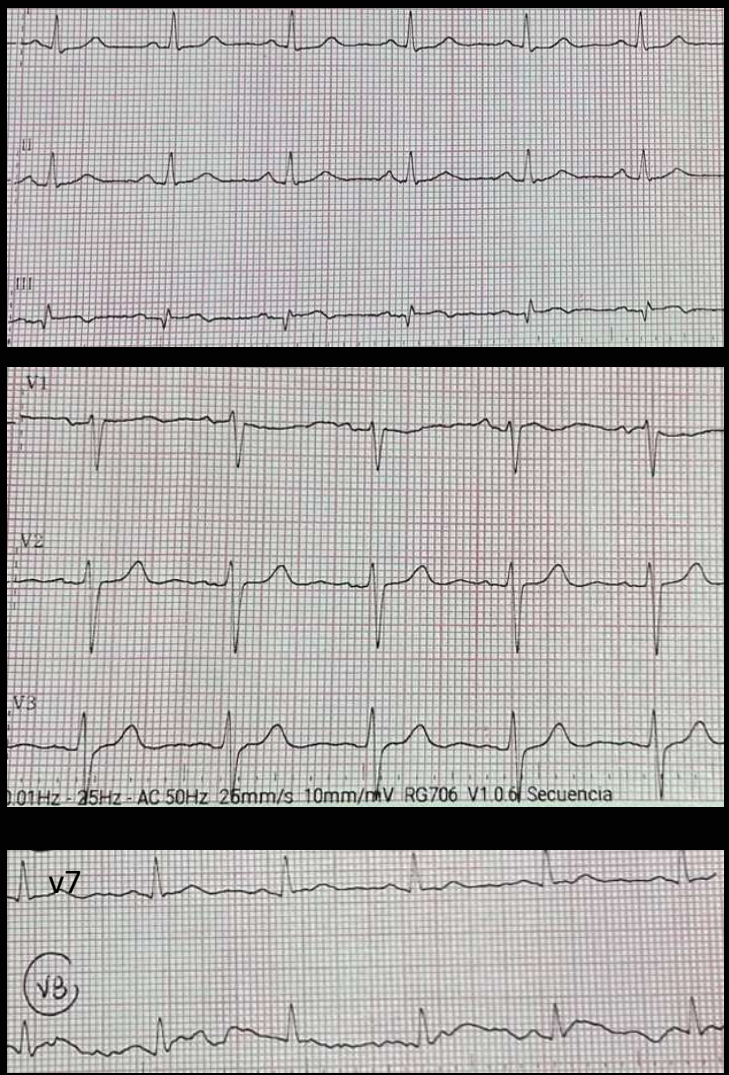
INGRESA A UCO

IAMSEST, sin disfunción ventricular en paciente con antecedente reciente de DCE de rama posteroventricular de arteria circunfleja.



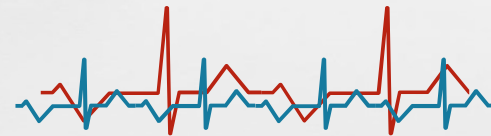
ELECTROCARDIOGRAMA INGRESO UCO

25 mm/s
10 mm/mV



TRATAMIENTO INICIAL

- Aspirina 100 mg/ día VO
- Atorvastatina 40 mg/día VO
- Atenolol 12,5 mg cada 12 hs VO
- Losartan 25 mg cada 12 hs VO
- Topiramato 50 mg/ día VO
- **Nitroglicerina 1 amp en 250 ml de SF a pasar por BIC a 7 ml/h EV**
- Omeprazol 20 mg/día VO
- Heparina sodica 5000 UI cada 12 hs SC



EVOLUCIÓN – UCO

DÍA 1



Estable hemodinámicamente. Afebril.

TA: 105/ 75 mmHg. **FC:** 65 lpm. **FR:** 17 rpm. **StO2:** 98% al 0,21. Sin síntomas de IC ni de bajo gasto cardíaco. PFD sin complicaciones.

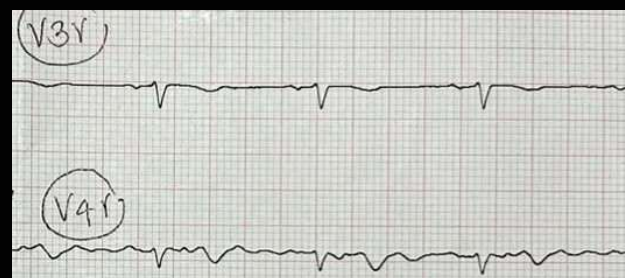
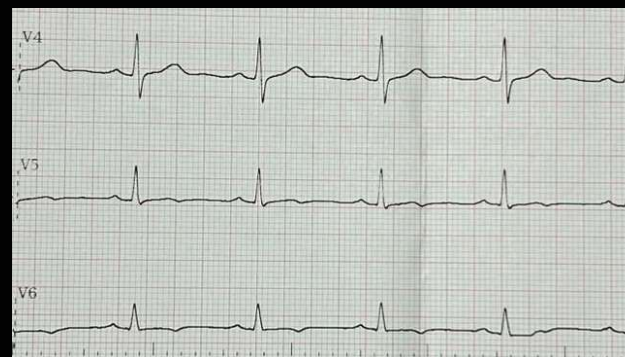
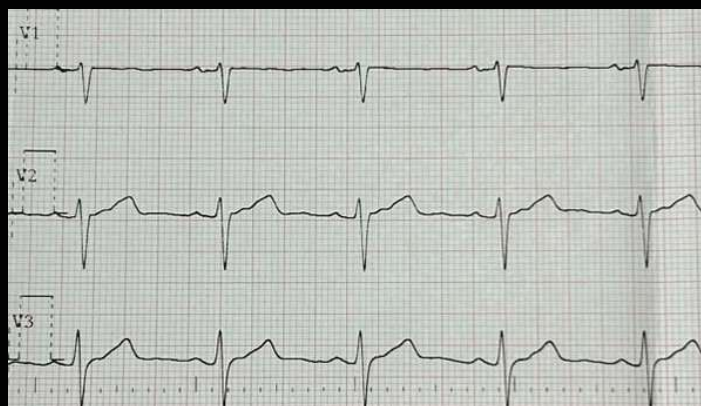
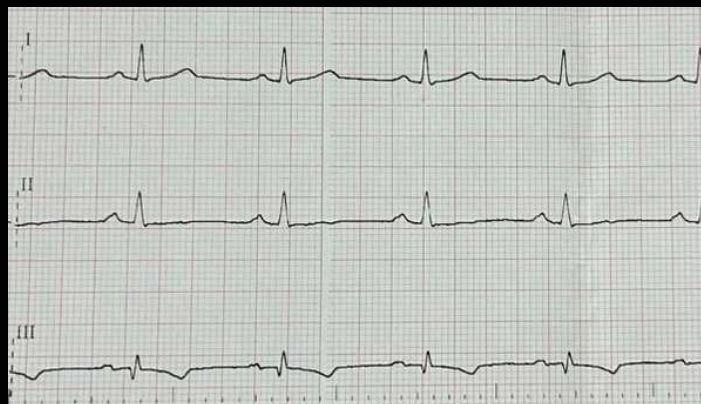
Hemodinamia → se programa coronariografía para el día siguiente.



Sin cambios.



25 mm/s
10 mm/mV



EVOLUCIÓN – UCO

DÍA 2



Estable hemodinámicamente. Afebril.

TA: 100/ 65 mmHg. **FC:** 60 lpm. **FR:** 18 rpm. **StO2:** 99% al 0,21. PFD sin complicaciones.

Día	Hcto	Hb	GB	Plaq	Gli	U	Cr	Na	K	Cl
2	36	11,3	6220	194000	115	32	0,62	141	4,80	107

Uricemia (mg/dl)	3,3
PCR (mg/l)	3,1



Previa

Acc:
2026 Jul 07
Acq Tm: 04:16:42.427



/ Id:ID

Actual

ronaria izq. 15 cps Normal
: 3/22
1/122 (Fr: 1/122)

May 07 1973 F 31
A
2026 Ju
Acq Tm: 10:05:25.

g: 1.8x



DCM / Lin:DCM / Id:ID
256 L:128
MF:

Coronaria izq. 15 cps Normal

May 07 1973 F 31951

C:

Acc:

Se: 5/22

2026 Jul 13

Im: 1/97 (Fr: 1/97)

Acq Tm: 10:06:48.545

Mag: 1.8x

Id:DCM / Lin:DCM / Id:ID

W:256 L:128

ERMF:



Coronaria izq. 15 cps Normal

C:

Se: 9/22

Im: 1/70 (Fr: 1/70)

Mag: 1.8x

May 07 1973 F 31951

Acc:

2026 Jul 13

Acq Tm: 10:32:44.667

Id:DCM / Lin:DCM / Id:ID

W:256 L:128

ERMF:

Coronaria izq. 15 cps Normal

C:

Se: 10/22

Im: 1/75 (Fr: 1/75)

Mag: 1.8x

May 07 1973 F 31951

Acc:

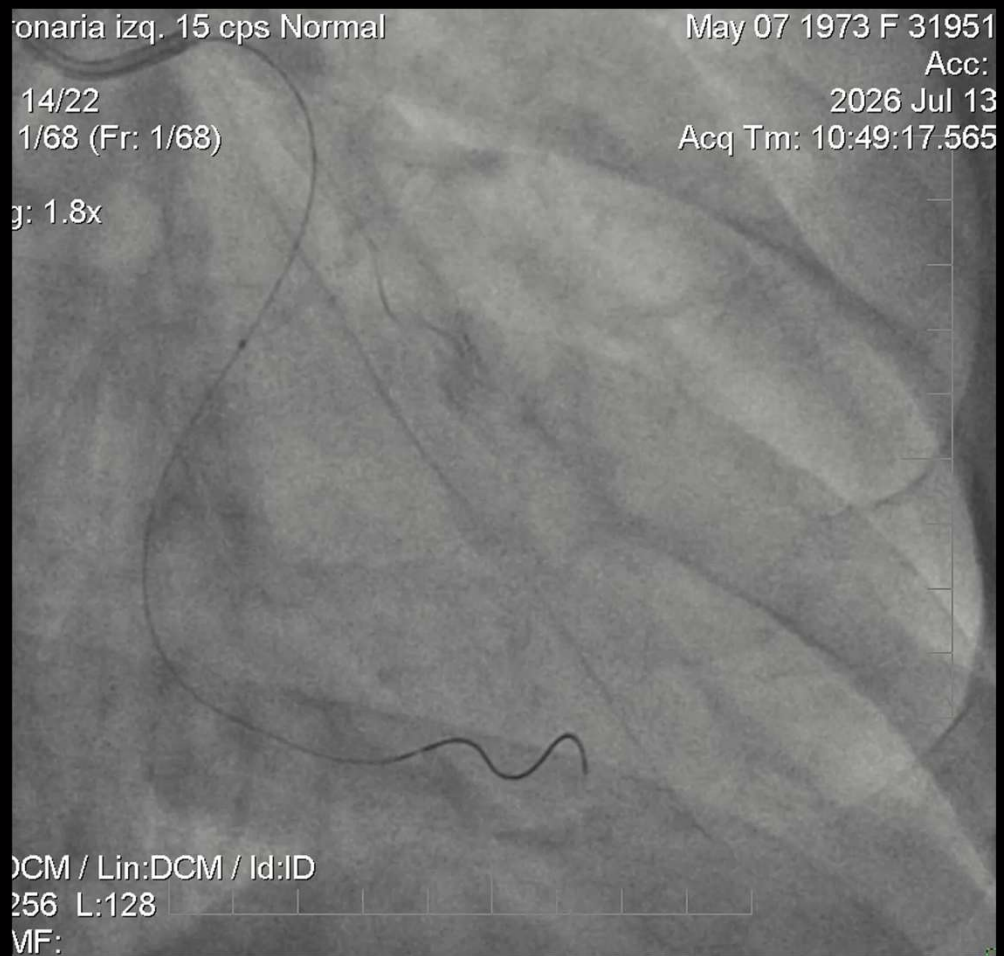
2026 Jul 13

Acq Tm: 10:35:38.165

Id:DCM / Lin:DCM / Id:ID

W:256 L:128

ERMF:



Coronaria izq. 15 cps Normal

May 07 1973 F 319

C:

Ac

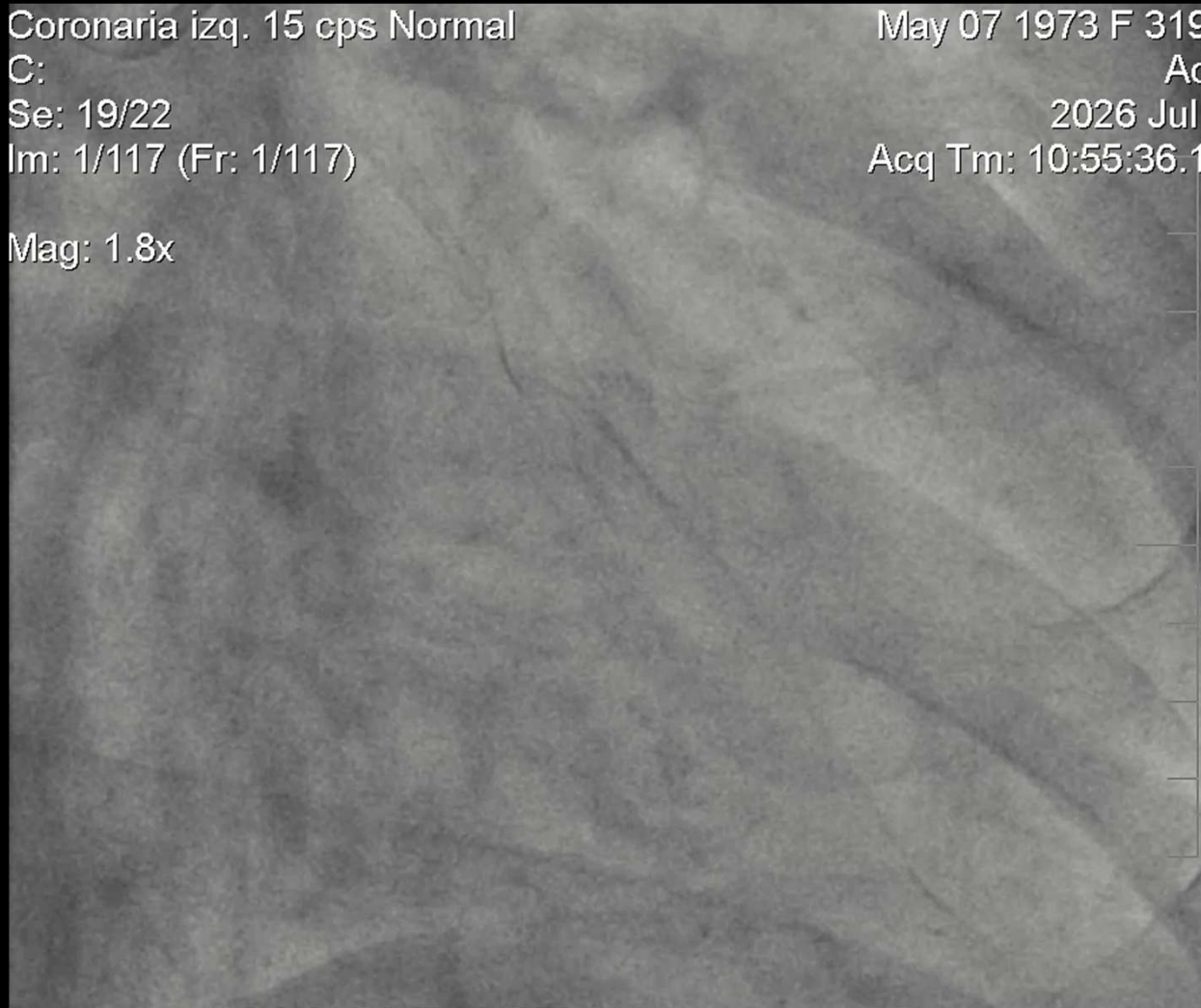
Se: 19/22

2026 Jul

Im: 1/117 (Fr: 1/117)

Acq Tm: 10:55:36.1

Mag: 1.8x



Pre- ATC



Post- ATC



CORONARIOGRAFÍA

CORONARIA IZQUIERDA:

OSTIUM Y TRONCO: De buen calibre y normal desarrollo. Se bifurca en descendente anterior y circunfleja. Se encuentra libre de lesiones obstructivas angiográficamente significativas.

ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR: Es una arteria de buen calibre y normal desarrollo que alcanza el ápex cardíaco. Da origen a ramas septales y diagonales. Tanto el vaso principal como sus ramas se encuentran libres de lesiones obstructivas angiográficamente significativas.

ARTERIA CIRCUNFLEJA: Es co-dominante. De buen calibre y normal desarrollo. Da origen a una importante rama obtusa marginal y a una rama posteroventricular. El vaso principal no presenta lesiones angiográficamente significativas. Por su parte, **la rama posteroventricular**, de recorrido tortuoso, **evidencia desde su tercio medio y extendiéndose hacia su tercio distal, una imagen angiográfica compatible con disección coronaria espontánea de tipo III, con flujo epicárdico preservado (TIMI 1).** El resto de sus segmentos y ramas se encuentran libres de lesiones obstructivas angiográficamente significativas.

CORONARIA DERECHA: Es co-dominante. De calibre y desarrollo normales. Da origen a una rama conal, a la rama del nódulo sinusal y a ramas marginales agudas para luego, al alcanzar la cruz del corazón dividirse en sus ramas terminales: descendente posterior y aurículoventricular que brinda por su parte ramas posteroventriculares. Tanto el vaso principal como sus ramas se encuentran libres de lesiones obstructivas angiográficamente significativas.

CONCLUSIONES

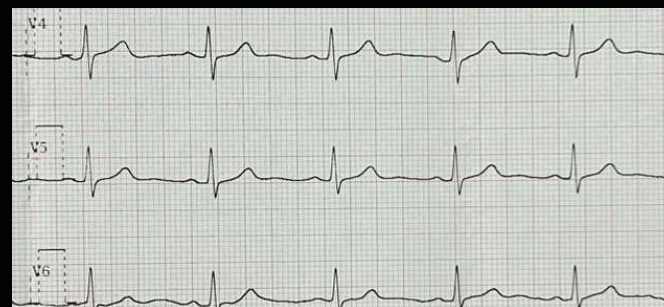
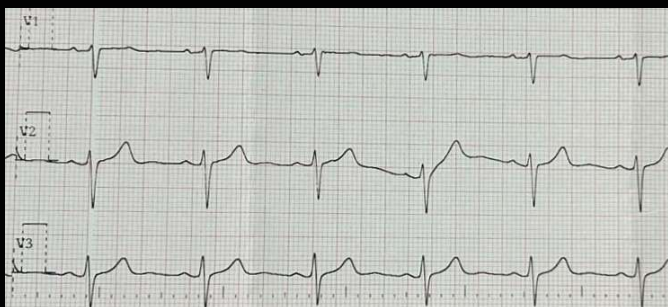
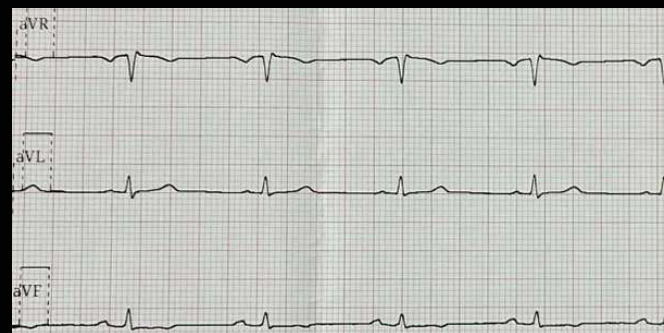
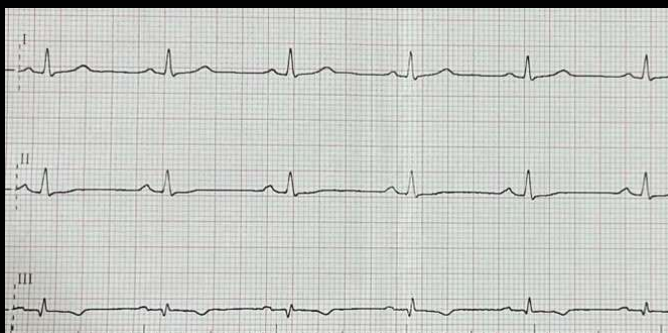
Disección coronaria espontánea de rama PV de Circunfleja.

Lesión pre Angioplastia: 95% en PV, flujo TIMI 1.

Lesión post Angioplastia: 0% en PV. Flujo TIMI 3.

CONCLUSIÓN: Angioplastia coronaria a rama posteroventricular: con implante de un stent liberador de drogas, exitosa.

25 mm/s
10 mm/mV



EVOLUCIÓN – UCO

DÍA 3



Estable hemodinámicamente. Afebril.

TA: 100/ 60 mmHg. **FC:** 65 lpm. **FR:** 17 rpm. **StO2:** 98% al 0,21. PRD y PFD sin complicaciones.



Aspirina 100 mg/ día.

Clopidogrel 75 mg/ día

Atorvastatina 40 mg/ día.

Atenolol 12,5 mg cada 12 hs.

Losartán 25 mg cada 12 hs.

Famotidina 20 mg/ día.

Topiramato 50 mg/ día

Pasa a sala general



ALTA HOSPITALARIA



- Aspirina 100 mg/ día.
- **Clopidogrel 75 mg/ día**
- Atorvastatina 40 mg/ día.
- Atenolol 12,5 mg cada 12 hs.
- Losartán 25 mg cada 12 hs.
- Famotidina 20 mg/ día.
- Topiramato 50 mg/ día

Día 4



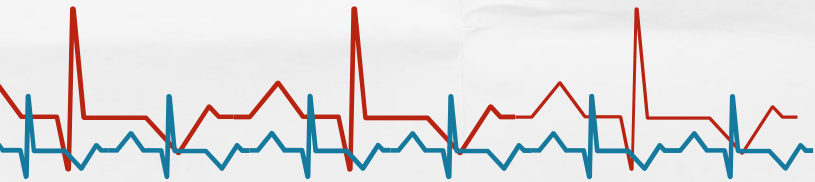
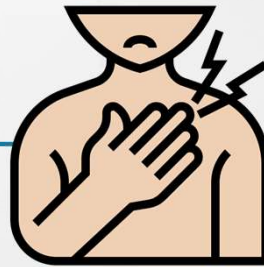
Control en 7 días con Cardiología.



ACTUALIZACIÓN

DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA

PRONÓSTICO Y RECURRENCIA



DEFINICIÓN

Separación de la pared arterial secundaria a una hemorragia intramural, **no traumática ni iatrogénica**, con o sin desgarro de la íntima, que genera una falsa luz.

Causa infrecuente de SCA (prevalencia < 3%), mujeres jóvenes (<50 años) sin aterosclerosis coronaria significativa.

Mecanismos fisiopatogénicos:

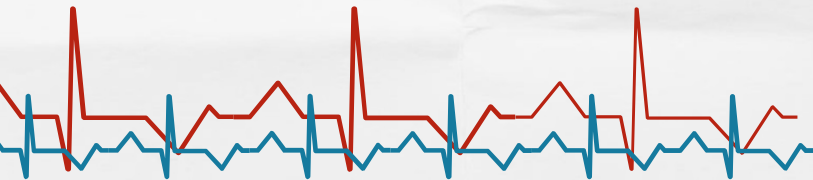
- **Flap intimal** como evento inicial
- **Hemorragia primaria** dentro de la capa media sin rotura endotelial.

Hematoma intramural que comprime la luz verdadera → isquemia miocárdica.

Factores desencadenantes:

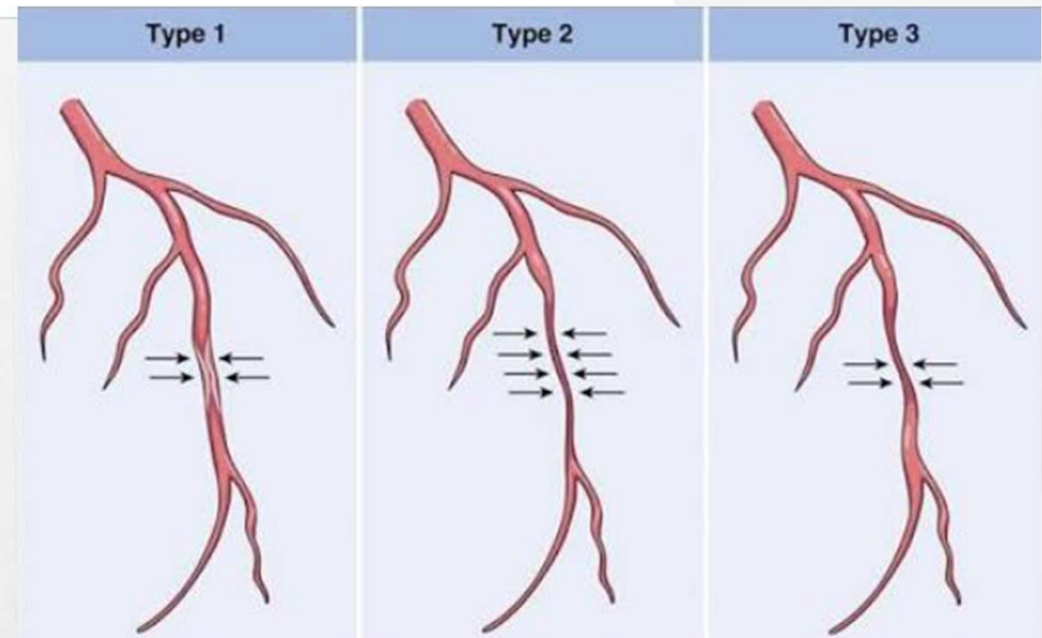
- Estrés físico o emocional
- Embarazo
- Enfermedades del tejido conectivo
- Fibrodisplasia
- Cocaína
- Determinantes genéticos

La coexistencia de DEC con enfermedad aterosclerótica en segmentos no disecados es excepcional y está pobremente caracterizada.

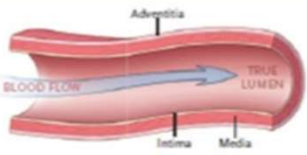
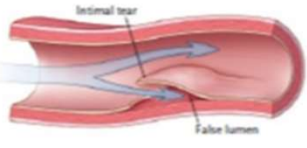
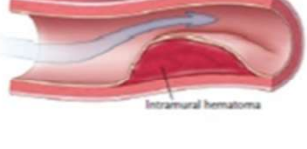
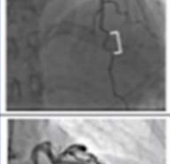
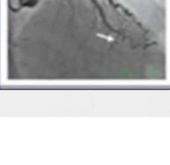
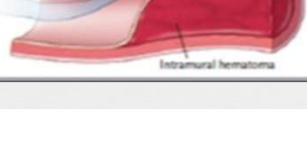


DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN ANGIOGRÁFICA (Saw, 2014)

Tipo	Hallazgo angiográfico
1	Doble luz lineal, con flap intimal identificable.
2A	Estenosis difusa y larga (>20 mm), segmentos medio-distales; distal a la disección se recupera el calibre normal.
2B	Igual que 2A, pero la estenosis se extiende hasta los segmentos más distales.
3	Estenosis focal/tubular (<20 mm); casi indistinguible de una lesión aterosclerótica en la angiografía convencional — requiere imagen intracoronaria .
4	Oclusión completa de la luz verdadera por la falsa luz.



DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN ANGIOGRÁFICA (Saw, 2014)

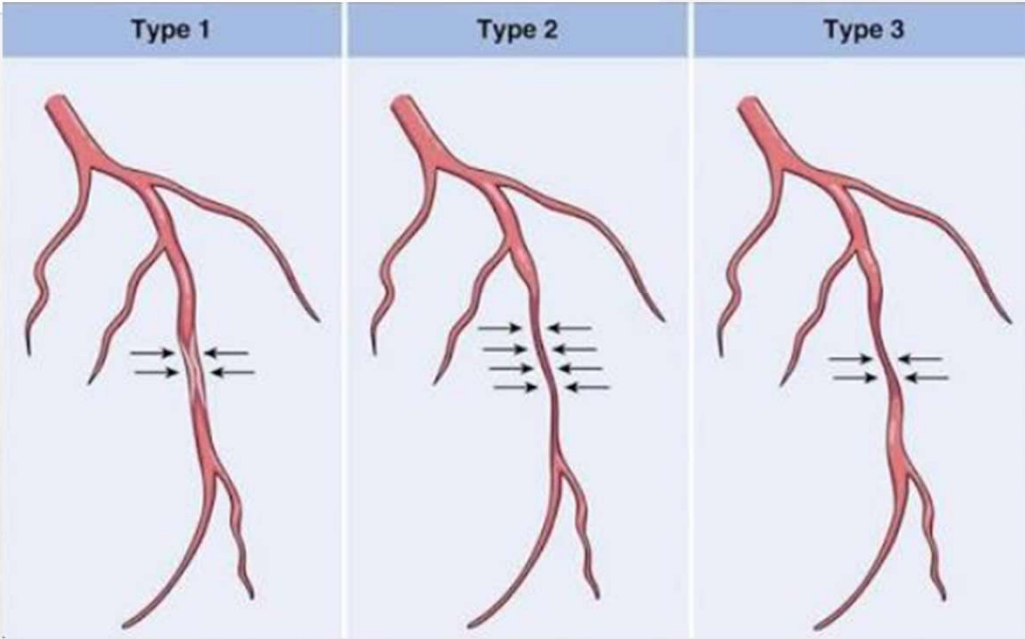
Tipo	Clasificación	Apariencia angiográfica	Anatomía
1	Normal		
2A			
2B			
3	Tipo 1		
4			
	Tipo 2a		
	Tipo 2b		
	Tipo 3		
	Tipo 4		

distales; distal a la disección se recupera el calibre normal.

segmentos más distales.

de una lesión aterosclerótica en la angiografía convencional —

IVUS/ OCT



MANEJO TERAPÉUTICO

✓ La mayoría de las DEC **no requiere revascularización.**

✓ **¿Doble antiagregación por un período corto (~30 días)?**, betabloqueantes y estatinas (esta última si coexiste componente aterosclerótico).

Ensayo randomizado ❌

Doble antiagregación



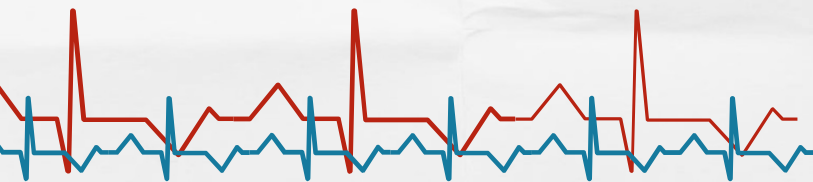
Trombosis



Antiagregación simple



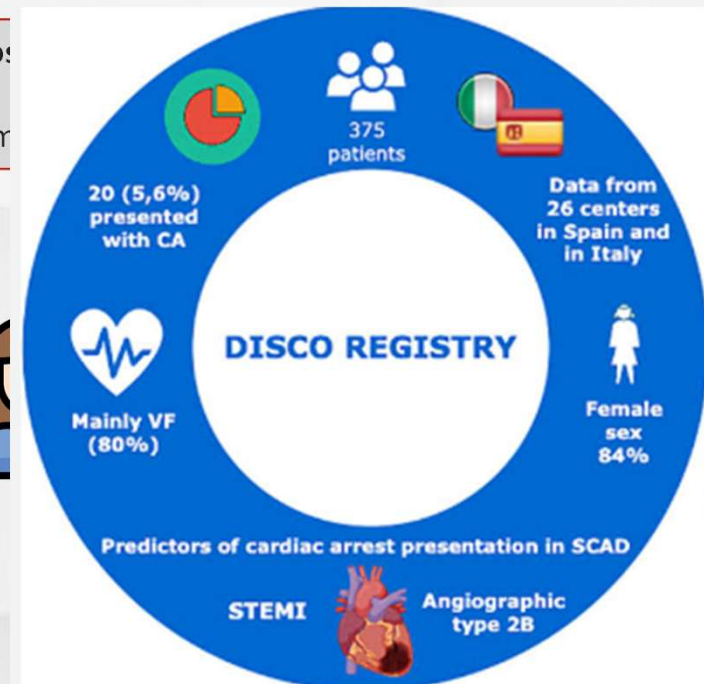
Riesgos propios de la DEC → ingreso de la cuerda en la falsa luz, disección iatrogénica, propagación del hematoma, oclusión de ramas laterales, mala aposición tardía del stent.



MANEJO TERAPÉUTICO

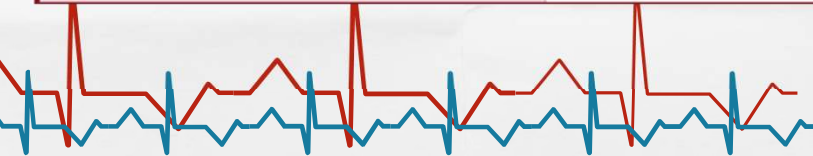
✓ La mayoría de las DEC **no requiere revascularización**.

✓ **¿Doble antiagregación por un período corto (~30 días)?**, betabloqueantes y estatinas (esta última si coexiste componente aterosclerótico).



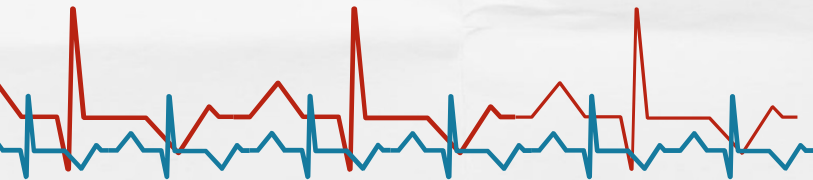
MANEJO TERAPÉUTICO

Aspecto	Conclusión
Población	314 pacientes con SCAD; 199 manejados de forma conservadora (67 con SAPT, 132 con DAPT)
Antiagregación	En manejo conservador, la DAPT no demostró beneficio sobre SAPT y se asoció a peor pronóstico
MACE al año	DAPT 18,9% vs. SAPT 6,0% · HR 2,62 (IC95% 1,22–5,61) · p = 0,013
IAM no fatal	DAPT 15,2% vs. SAPT 3,0% · HR 3,20 (IC95% 1,33–7,69) · p = 0,009
Revascularización no planificada	Mayor incidencia en el grupo DAPT
Mensaje central	En SCAD manejado conservadoramente, la antiagregación simple (aspirina sola) parece más segura y al menos igual de eficaz que la doble antiagregación
Implicancia clínica	Cuestiona la extrapolación automática de las guías de SCA aterosclerótico (DAPT 12 meses) al paciente con SCAD sin angioplastia



MANEJO TERAPÉUTICO

- ✓ La mayoría de las DEC **no requiere revascularización**.
- ✓ ¿Doble antiagregación por un **período corto (~30 días)?**, betabloqueantes y estatinas (esta última si coexiste componente aterosclerótico).
- ✓ **Anticoagulación crónica no recomendada**.
- ✓ **Angioplastia:**
 - Inestabilidad hemodinámica o eléctrica.
 - Isquemia activa o recurrente.
 - Dolor torácico persistente o elevación del ST que no cede.
 - Oclusión de vaso con flujo TIMI 0-1.
 - Disección de tronco de coronaria izquierda.
 - Progresión a oclusión durante el seguimiento inicial con conducta conservadora.
- ✓ **Cirugía de revascularización** → lesiones de alto riesgo (tronco izquierdo con isquemia en curso, disección proximal de 2 vasos) o cuando falla la angioplastia.



PRONÓSTICO Y RECURRENCIA

~95% de las DEC tratadas en forma conservadora cicatrizan angiográficamente dentro de los 30 días Hayes SN, et al. JACC 2020 ¹¹	8,6% tasa de MACE alejado (seguimiento mediana 21 meses, n=586) Dang Q, et al. Eur Heart J 2025 ¹⁵	3,6% tasa de recurrencia de DEC en el mismo seguimiento (rango publicado global: 10-30%) Dang Q 2025 ¹⁵ / Hayes 2020 ¹¹
---	--	--

European Heart Journal  **ESC**
European Society of Cardiology

JOURNAL ARTICLE

The Australian-New Zealand spontaneous coronary artery dissection cohort study: predictors of major adverse cardiovascular events and recurrence

[Quan M Dang](#) ✉, [Peter J Psaltis](#), [Sonya Burgess](#), [Jaya Chandrasekhar](#), [Swati Mukherjee](#), [Leonard Kritharides](#), [Nigel Jepson](#), [Sarah Fairley](#), [Abdul Ildayhid](#), [Jamie Layland](#) ... [Show more](#)

**23 centros de Australia y Nueva Zelanda.
586 pacientes.**

El 88,5% se trató en forma conservadora y 10,7% requirió angioplastia, un tercio tuvo alguna complicación.

Seguimiento: una mediana de 21 meses.

El MACE alejado fue del 8,6% y la recurrencia de DEC del 3,6%.

Predictores independientes de MACE: anticoagulación oral al alta, doble antiagregación con ticagrelor + AAS, fibrodisplasia concomitante y antecedente de ACV.

Predictores de recurrencia de DEC: fibrodisplasia, DAPT con ticagrelor + AAS y antecedente de ACV.

El esquema clopidogrel + AAS no se asoció a mayor riesgo de MACE ni de recurrencia, a diferencia de los inhibidores P2Y12 más potentes.



Canadian Spontaneous Coronary Artery Dissection Cohort Study: 3-Year Outcomes

Editorial Comment: Spontaneous Coronary Artery Dissection

Authors: Jacqueline Saw , Andrew Starovoytov, Eve Aymong, Taku Inohara, Mesfer Alfadhel, Cameron McAlister, Rohit Samuel, ... [SHOW ALL](#) ..., and GB John Mancini | [AUTHORS INFO & AFFILIATIONS](#)

Publication: JACC • Volume 80, Number 17



750 pacientes de 22 centros de Norteamérica.

Confirma el perfil típico: 9 de cada 10 mujeres, alrededor de 52 años.

Manejo conservador —más del 85% de los casos— con muy buena sobrevida (mortalidad intrahospitalaria menor al 1%).

Con angioplastia, el éxito fue bajo. **Éste es el dato fuerte para justificar la conducta conservadora, salvo alto riesgo.**

Morbilidad temprana no despreciable: cerca del 9% tuvo algún evento CV mayor en los primeros 30 días, principalmente reinfarto.

> [Ann Cardiol Angeiol \(Paris\)](#). 2023 Dec;72(6):101684. doi: 10.1016/j.ancard.2023.101684. Epub 2023 Oct 26.

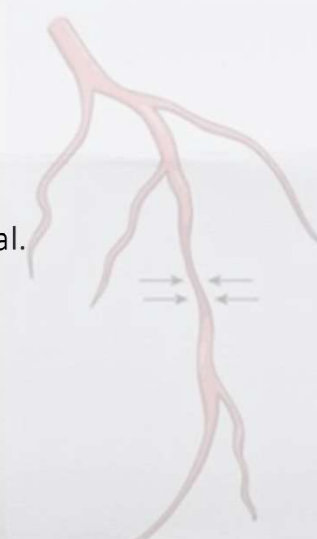
[French National registry of spontaneous coronary artery dissections : "DISCO registry"]

Cohorte multicéntrica europea.

424 pacientes de 51 centros cardiológicos franceses.

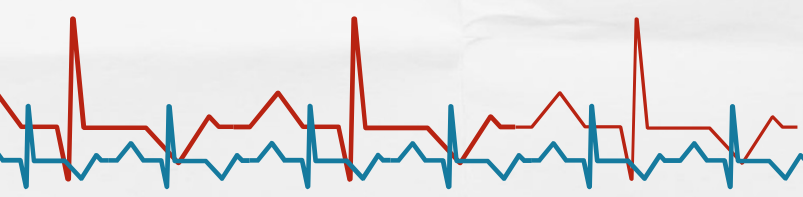
Mujeres jóvenes con muy pocos o ningún FRCV tradicional.

96.2% SCA. Fuerte coexistencia con DFM extracoronaria.



Los resultados validaron las conductas médicas actuales hacia un enfoque menos invasivo:

Manejo conservador: en el **84.2%**. **Intervencionismo:** en el **15.5%**. **Cirugía:** en el **0.3%**.



Evolución al año: El pronóstico general con el tratamiento conservador resultó muy favorable. Se reportó un **0% de mortalidad** y una tasa de recurrencia del **3.3%**

Registro piloto multicéntrico de disección coronaria espontánea en Argentina

Multicentric Pilot Registry of Spontaneous Coronary Artery Dissection in Argentina

EDWIN A RODRÍGUEZ ARIAS¹, SANDRA PATRICIA SWIESZKOWSKI¹, GERMÁN CAFFARO², IVÁN GUEVARA²,
ÁLVARO F VARGAS PELÁEZ³, JUAN R. MIERES⁴, MIRZA RIVERO⁵, GASTÓN PROCOPIO⁶, CAMILA CORREA SADOUET⁷,
CAMILA GALLARDO⁷, MATÍAS RODRÍGUEZ GRANILLO⁷

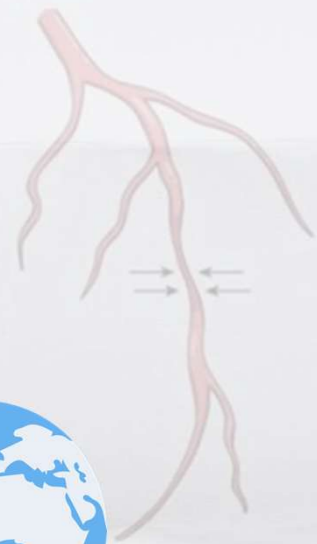
Variable	
Sexo femenino (%)	84,6
Edad, años, media (DE)	48,4 (10,3)
Factores de riesgo cardiovascular (%)	
Tabaquismo	23,1
Hipertensión	34,6
Dislipidemia	23,1
Diabetes	11,5
Antecedentes familiares de enfermedad coronaria, (%)	3,8
Peso, Kg, media (DE)	74,5 (15,6)
Altura, cm, media (DE)	155 (6,9)
Embarazos previos, (%)	30,7
Factores predisponentes (%)	
Embarazo en curso	0
Puerperio	0
Enfermedades reumatológicas	11,5
Factores precipitantes (%)	
Estrés físico	19,2
Estrés emocional	42,3
Tóxicos	7,7

Síntomas (%)	
Dolor precordial típico	100
Náuseas/vómitos	15,4
Disnea	26,9
Muerte súbita	3,8
Diagnóstico de ingreso (%)	
SCACEST	42,3
SCASEST	57,7

Buenos Aires. 2023-2025.
26 pacientes → DCE.

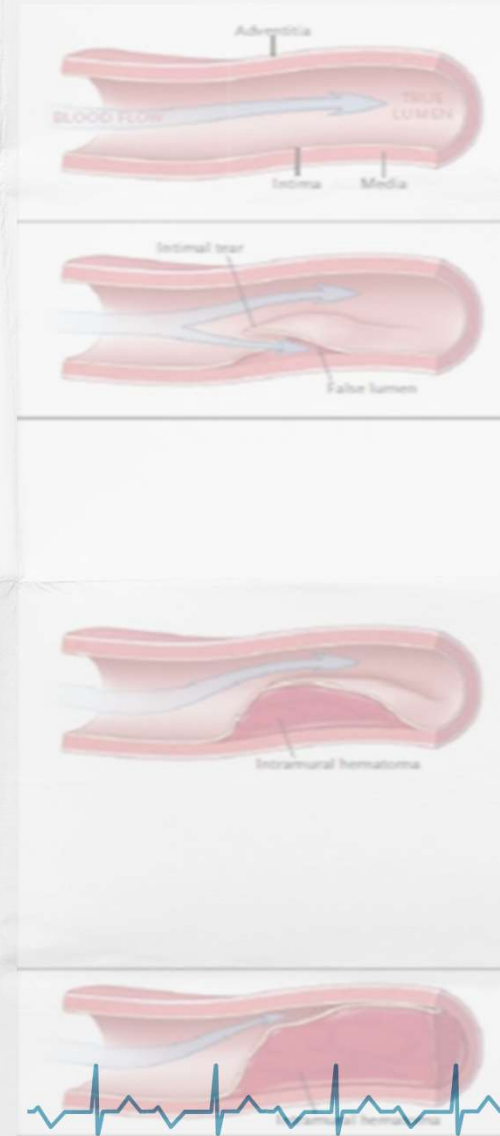
Tratamiento: conservador
(57,7%).

Seguimiento → 1 año.

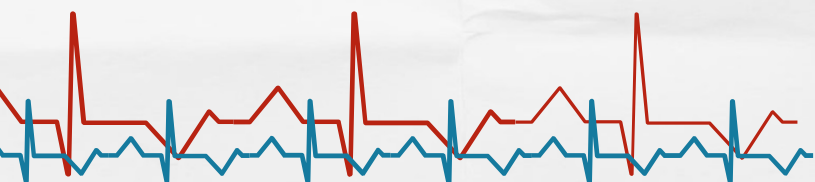


CONCLUSIONES

- La DEC es una causa infrecuente pero cada vez más reconocida de SCA, típica de mujeres jóvenes o de mediana edad, sin enfermedad coronaria aterosclerótica significativa.
- El diagnóstico es angiográfico en la mayoría de los casos. El IVUS o el OCT se reservan para cuando la imagen angiográfica no es concluyente.
- El manejo conservador es la primera línea en la gran mayoría de los pacientes.
- El pronóstico a corto plazo es en general bueno, con sobrevida alta y baja mortalidad intrahospitalaria.
- Los predictores de peor evolución se repiten entre estudios: fibrodisplasia concomitante, antecedente de ACV y uso de antiagregantes potentes como ticagrelor.
- Entre los desencadenantes más descritos están el estrés físico o emocional intenso, el período periparto, y las enfermedades del tejido conectivo o la fibrodisplasia como sustrato predisponente.
- Control estricto de la TA, betabloqueantes, evitar el levantamiento de grandes pesos, y considerar rehabilitación cardíaca con apoyo psicológico, dado el peso del estrés como desencadenante.



ASISTENCIA



Muchas Gracias!