



Disección coronaria espontánea y crisis de migraña: una combinación excepcional en varones

Spontaneous coronary artery dissection and migraine crisis: an exceptional combination in male patients

Julio Echarte-Morales*, Tomás Benito-González, Carlos Minguito-Carazo, Samuel del Castillo García, Armando Pérez de Prado y Felipe Fernández-Vázquez

Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

Sr. Editor:

La disección coronaria espontánea (DCE) es una afección infradiagnosticada de creciente interés que constituye una causa de síndrome coronario agudo y muerte súbita, especialmente en las mujeres menores de 50 años, en las que constituye el 30% de todos los casos de dicho síndrome¹. Solo en torno a un 10-15% de las DCE son diagnosticadas en varones.

Se presenta el caso de un paciente con DCE en el contexto de una crisis de migraña. Se obtuvo el consentimiento informado por parte del paciente antes de proceder a la realización del caso y para la difusión de su caso en el artículo. Se trata de un varón de 55 años, exfumador, sin antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial ni cardiopatía previa, con antecedentes de migraña en tratamiento con rizatriptán. El día del ingreso presentó cefalea de carácter migrañoso, hemicraneal izquierda, con posterior aparición a los 20 minutos de dolor centrotorácico opresivo irradiado al miembro superior izquierdo, de 1 hora de duración, asociado a parestesias, náuseas y vómitos. Al acudir al servicio de urgencias presentaba una presión arterial de 130/70 mmHg, sin nada más destacable en la exploración física. En el electrocardiograma se observó elevación del segmento ST de V1 a V4 con ondas T negativas. El supradesnivel del segmento ST se normalizó en el siguiente electrocardiograma realizado a los 10 minutos del inicial, con persistencia de las ondas T negativas en la cara anteroseptal. La analítica realizada mostró una elevación de la troponina T y de la creatina cinasa; el hemograma, la coagulación, la bioquímica básica y la radiografía de tórax no presentaban alteraciones. Se realizó un ecocardiograma transtorácico que mostró la función sistólica ligeramente deprimida (fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 50%), a expensas de acinesia de todos los segmentos apicales. Con los datos clínicos, electrocardiográficos, analíticos y de imagen, se decidió realizar un estudio hemodinámico emergente, en el que se evidenció una estenosis moderada difusa en el segmento medio de la arteria descendente anterior (figura 1); no se observaron imágenes sugestivas de trombos ni estenosis significativas. La lesión se evaluó mediante tomografía de coherencia óptica y ecocardiografía intravascular (figura 2), y se evidenció una DCE con hematoma intramural. En el procedimiento índice se realizó angiografía de arterias renales que no mostró datos sugerentes de displasia fibromuscular.



Figura 1. Estenosis moderada del segmento medio de la arteria descendente anterior correspondiente a una disección coronaria espontánea de tipo 3.

Durante el ingreso en la unidad coronaria se sustituyó el rizatriptán por amitriptilina y se retiró la antiagregación. En el ecocardiograma transtorácico a las 48 horas del evento inicial se observó un ventrículo izquierdo de tamaño normal, con función ventricular normal, sin alteraciones segmentarias de la contractilidad y sin valvulopatías significativas. El paciente fue dado de alta sin nuevos episodios de dolor torácico ni crisis de migraña durante su estancia. Durante la evolución, en los 16 meses posteriores el paciente ha permanecido sin síntomas cardiovasculares y sin eventos relacionados.

La DCE se ha descrito asociada a displasia fibromuscular, embarazo, estrés emocional, esfuerzo físico extremo y trastornos del tejido conectivo². Los estudios de cohorte en pacientes con disección

* Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León, Altos de Navas s/n, 24071, León, España. Correo electrónico: julioecharte@gmail.com [J. Echarte-Morales].

Online: 23-07-2020.

Full English text available from: <https://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.

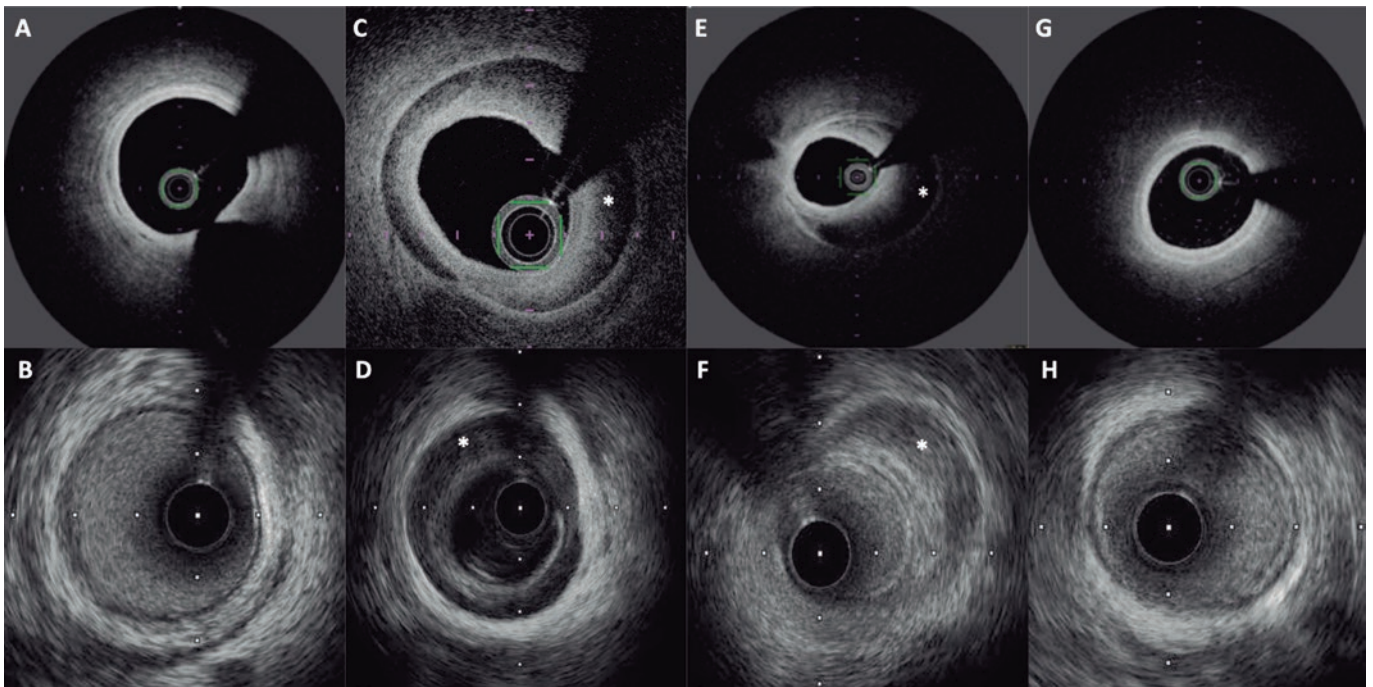


Figura 2. Tomografía de coherencia óptica (fila superior) y ecografía intravascular (fila inferior) que muestra segmentos sanos de arteria descendente anterior proximal (**A,B**) y distal (**G,H**), y disección coronaria espontánea con hematoma intramural (asterisco) en el segmento medio (**C-F**).

coronaria indican que la migraña está presente como factor de riesgo en el 37-46% de los casos³. Así lo demuestra un estudio de una serie de pacientes ingresados con diagnóstico de DCE en 22 centros hospitalarios de Norteamérica, de los cuales el 32,5% tenían antecedentes de migraña. En algunos estudios, la presencia de migraña se asoció a nuevos eventos de DCE.

La migraña se ha asociado a trastornos del ánimo, como ansiedad y depresión, que a su vez son factores que incrementan el riesgo cardiovascular⁴. También se ha relacionado con fenómenos vasculares, como vasoconstricción cerebral, vasculopatía retiniana, disecciones de arterias vertebral y cervical, y enfermedades cerebrovasculares.

En una cohorte de 585 pacientes con DCE de la Clínica Mayo se estudió la prevalencia de DCE y el antecedente de migraña, que estaba presente en el 40% de los casos, pero solo un varón presentó antecedente de migraña en el momento del diagnóstico de la DCE⁴.

Lo más relevante del presente caso es la combinación excepcional de DCE asociada a crisis de migraña en un paciente varón. Hasta la fecha no se tiene conocimiento de casos descritos en la literatura, probablemente debido a que la prevalencia aislada de ambas afecciones en los varones es muy baja.

FINANCIACIÓN

Los autores de este trabajo no han recibido financiación alguna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores contribuyeron por igual a la realización de este trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este trabajo no presentan conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Hayes SN, Kim CESH, 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.
- Adlam D, Alfonso F, Maas A, Vrints C. 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.
- Nakashima T, Noguchi T, Haruta S, et al. Prognostic impact of spontaneous coronary artery dissection in young female patients with acute myocardial infarction: A report from the Angina Pectoris-Myocardial Infarction Multi-center Investigators in Japan. *Int J Cardiol*. 2016;207:341-348.
- Kok SN, Hayes SN, Cutrer FM, et al. Prevalence and clinical factors of migraine in patients with spontaneous coronary artery dissection. *J Am Heart Assoc*. 2018;7:e010140.