

DOI: 10.25237/revchilanstv55n4-15

Disección coronaria espontánea asociada al embarazo: Reporte de caso

Spontaneous coronary dissection associated with pregnancy: Case report

Gissela Cabezas L.^{1,*} , Belén Pazmiño M.², Francisco Altamirano J.²¹ Residente de Anestesiología, Universidad San Francisco de Quito. Quito, Ecuador.² Anestesióloga, Servicio de Anestesiología, Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador.

Declaración de originalidad: El presente manuscrito, no ha sido enviado para su consideración a ninguna otra revista científica, ya sea a nivel nacional o internacional.

Fuente de financiamiento: Este estudio no recibió financiación externa.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación con este reporte de caso.

Fecha de recepción: 28 de octubre de 2025 / Fecha de aceptación: 19 de mayo de 2026

ABSTRACT

Acute myocardial infarction during pregnancy is a rare complication, but with high maternal and fetal morbidity and mortality. Among its causes, spontaneous coronary artery dissection represents a relevant etiology, associated with hormonal and hemodynamic changes typical of pregnancy. We present the case of a 40-year-old patient, at 38.4 weeks of gestation, who developed an antero-septal infarction secondary to dissection of the left anterior descending artery. An emergency cesarean section was performed under general anesthesia, with strict hemodynamic management, and conservative treatment was chosen without percutaneous coronary intervention. This case highlights the importance of timely diagnosis, careful anesthetic planning, and a multidisciplinary approach to optimize maternal and fetal safety. It emphasizes the need for specific guidelines and greater clinical evidence to guide the management of this condition in pregnant women.

Keywords: Pregnancy, myocardial Infarction, general anesthesia, cesarean section.

RESUMEN

El infarto agudo de miocardio durante el embarazo es una complicación infrecuente, pero con alta morbilidad y mortalidad materno-fetal. Entre sus causas, la disección coronaria espontánea representa una etiología relevante, asociada a cambios hormonales y hemodinámicos propios de la gestación. Se presenta el caso de una paciente de 40 años, con 38,4 semanas de gestación, que desarrolló un infarto antero-septal secundario a disección de la arteria descendente anterior. Se realizó cesárea de emergencia bajo anestesia general, con manejo hemodinámico estricto, optándose por tratamiento conservador sin intervención coronaria percutánea. Este caso resalta la importancia del diagnóstico oportuno, la planificación anestésica cuidadosa y el abordaje multidisciplinario para optimizar la seguridad materno-fetal. Se enfatiza la necesidad de guías específicas y mayor evidencia clínica para orientar el manejo de esta entidad en embarazadas.

Palabras clave: Embarazo, infarto agudo de miocardio, anestesia general, cesárea

*Autor de correspondencia:

Gissela Cabezas L.

giss.lucio@outlook.es

*ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8074-6669>

ISSN: 0719-6792



Introducción

El infarto agudo de miocardio durante el embarazo es una condición poco frecuente pero potencialmente letal, con una incidencia estimada de entre 3 y 100 casos por cada 100.000 partos[1]. La mortalidad asociada es considerable, alcanzando hasta el 11% en las madres y el 9% en los fetos[2]. Entre las etiologías del infarto agudo de miocardio en gestantes, la disección coronaria espontánea destaca como una de las principales causas no ateroscleróticas, presentándose en aproximadamente del 16% al 40% de los casos[3]. Esta condición se ve favorecida por factores específicos del embarazo, como niveles elevados de progesterona y estrógeno, hipertensión gestacional y el aumento del volumen sanguíneo, los cuales contribuyen a debilitar la integridad de las paredes arteriales[4]. Otros factores de riesgo incluyen edad materna avanzada, raza afroamericana y comorbilidades como la diabetes mellitus[5]. La disección coronaria espontánea es una causa poco reconocida de síndrome coronario agudo y se ha asociado con trastornos sistémicos como la displasia fibromuscular y enfermedades del tejido conectivo como síndrome de Marfan o Ehlers-Danlos[6]. En el contexto del embarazo, esta patología ocurre con mayor frecuencia en el primer trimestre o en el posparto, aunque su presentación en el tercer trimestre es más inusual y representa un desafío significativo para el diagnóstico y manejo clínico[7]. El presente reporte describe un caso poco común de disección coronaria espontánea diagnosticada en el tercer trimestre de gestación, destacando la complejidad de su presentación clínica, la necesidad de un manejo multidisciplinario y la toma de decisiones críticas que permitieron preservar la estabilidad materna y neonatal. Esta revisión incluye un análisis crítico de la literatura disponible, subrayando las implicaciones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas de esta entidad, que a menudo pasan desapercibidas en el ámbito clínico.

Materiales y Métodos

Se presenta el caso de una gestante de 40 años con infarto agudo de miocardio por disección coronaria espontánea en el tercer trimestre, su manejo perioperatorio y revisión bibliográfica. Aprobado por comité de ética, con consentimiento informado de la paciente.

Reporte de caso

Paciente de 40 años con 38,4 semanas de gestación y aler-

gia a penicilina, ingresó al servicio de emergencia por dolor torácico y dificultad para respirar. Electrocardiograma inicial reportó supradesnivel del ST de V1 hasta V6 compatible con infarto agudo de miocardio anteroseptal; enzimas miocárdicas troponina ultrasensible 48,57 ng/ml y dímero D 8,27 ugUEF/ml (Figura 1). En ecocardiograma se evidenció hipocinesia moderada de segmento medio y distal de septo y pared anterior, y contractilidad global conservada con fracción de eyección de 66%. En consenso multidisciplinario se decidió realizar cateterismo para diagnóstico y tratamiento de infarto subyacente, considerando riesgos de este y necesidad de cesárea de emergencia. En cateterismo se observó en arteria descendente anterior disección coronaria tipo 2 y flujo TIMI (Trombólisis en Infarto de Miocardio) II, sin requerimiento de angioplastia (Figura 2). Se decidió finalizar el embarazo por vía alta por riesgo de compromiso de bienestar fetal. Se realizó anestesia general balanceada con monitorización continua, inducción de secuencia rápida y mantenimiento anestésico con sevoflorano, remifentanilo y apoyo de noradrenalina. Se mantuvo estabilidad hemodinámica sin eventos cardíacos. No se administró oxitócicos durante cesárea, pero se realizaron suturas compresivas en útero. Recién nacido con APGAR: 3-5T, gasometría cordón umbilical: pH: 7,17, EB: -16 mmol/l. En unidad de cuidados intensivos se inició terapéutica farmacológica con bisoprolol 1,25 vía oral, ácido acetilsalicílico 100 miligramos vía oral y perindopril 2,50 miligramos vía oral cada día. Cinco días después del evento, se realizó un ecocardiograma transtorácico que reportó un mínimo derrame pericárdico, insuficiencia mitral y tricuspídea leves, acinesia apical, hipocinesia severa de pared septal, anteroseptal, hipocinesia moderada de pared anterior, déficit de la fun-

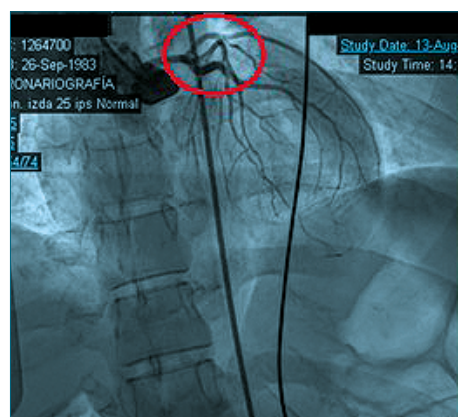


Figura 2. Angiograma que demuestra disección de la arteria descendente anterior.

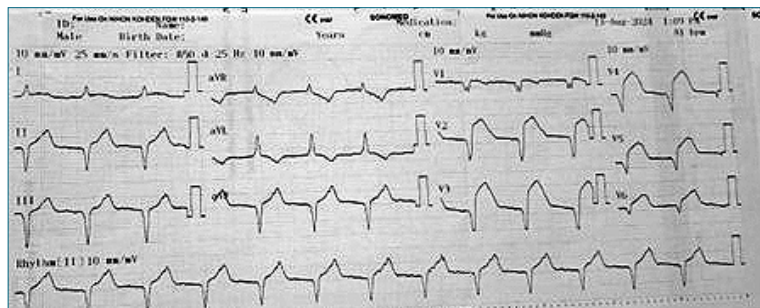


Figura 1. Electrocardiograma preoperatorio.

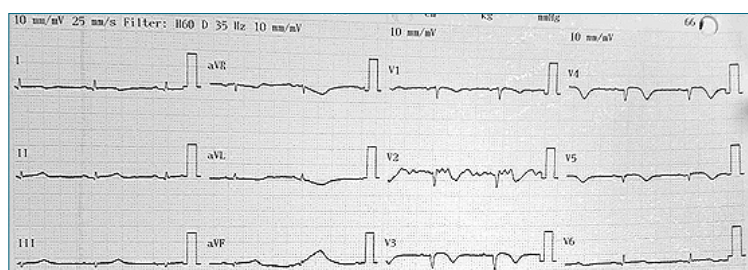


Figura 3. Electrocardiograma que muestra ondas Q.

ción sistólica de ventrículo izquierdo y fracción de eyección de 48%. Valor de las troponinas disminuyeron progresivamente y electrocardiograma final evidenció ondas Q de necrosis de V1 hasta V6 (Figura 3). Paciente dada de alta al noveno día de hospitalización cardiológicamente estable con bisoprolol 1,25, ácido acetilsalicílico 100 miligramos y perindopril 2,50 miligramos vía oral cada día.

Discusión

La presentación clínica de la disección coronaria espontánea puede variar desde dolor torácico hasta arritmias ventriculares graves e incluso muerte súbita[8]. La disección coronaria espontánea debe considerarse de forma prioritaria en embarazadas que presenten dolor torácico, debido al riesgo de complicaciones graves para la madre y el feto. Esta condición afecta con mayor frecuencia a la arteria coronaria descendente anterior izquierda ya la arteria coronaria principal izquierda, y en comparación con las pacientes no embarazadas, es más probable que múltiples arterias coronarias se vean afectadas[8], lo que aumenta el riesgo de reducción en la fracción de eyección y de complicaciones graves. Aunque se ha avanzado en la comprensión de esta patología, aún persisten dudas sobre su fisiopatología exacta. Se han propuesto dos hipótesis principales: la primera sugiere que un desgarro en la capa íntima de la arteria permite que la sangre se infiltre en el espacio íntimo, creando una luz falsa susceptible a la disección posterior; la segunda plantea que una hemorragia de la vasa vasorum en la pared arterial genera un hematoma intramural que estrecha la luz sin desgarrar la íntima[9]. Además, se cree que los cambios hormonales asociados al embarazo pueden debilitar la capa media arterial debido a alteraciones en la síntesis de colágeno y el contenido de mucopolisacáridos, lo que incrementa el riesgo de disección, especialmente durante eventos de estrés físico o psicológico, como el parto[8]. En el caso de nuestra paciente, que se encontraba en el tercer trimestre de embarazo, los cambios fisiológicos y el estrés psicológico asociado a su edad materna podrían haber aumentado aún más el riesgo de disección coronaria espontánea. Según la clasificación de Yip-Saw, la disección coronaria espontánea se divide en tres tipos de acuerdo con la apariencia angiográfica: el tipo 1 presenta múltiples lúmenes radiolúcidos separados por un colgajo, resultado de la localización del contraste en el falso lumen; el tipo 2, que se caracteriza por una estenosis lisa extensa, se subdivide en 2a, donde el vaso recupera su calibre distal a la estenosis; siendo

esta clasificación la que más se asemeja a la que se observa en la apariencia angiográfica de nuestro paciente, y 2b, donde la estenosis se extiende hasta la porción más distal visible; el tipo 3 presenta estenosis focal que puede confundirse con aterosclerosis y requiere el uso de imágenes intracoronarias como la tomografía de coherencia óptica o la ecografía intravascular para su diagnóstico[10]. El diagnóstico temprano es esencial para guiar el tratamiento, ya que las terapias farmacológicas innecesarias pueden causar daños adicionales. El manejo agudo de la disección coronaria espontánea debe incluir angiografía coronaria para diagnóstico, dado que su tratamiento puede diferir de la terapia estándar de la disección coronaria espontánea en la mujer no embarazadas. Los trombolíticos están contraindicados debido al riesgo de extensión de la disección y hematomas, y la intervención coronaria percutánea se asocia con complicaciones como disección iatrogénica y oclusión abrupta. En casos con isquemia mínima y flujo coronario preservado, se prefiere el manejo conservador[8]. El tratamiento médico de la disección coronaria espontánea se basa principalmente en el control de la presión arterial y el uso de medicamentos estándar para insuficiencia cardíaca en presencia de disfunción ventricular. Aunque no existe una terapia estandarizada bien definida, muchos pacientes reciben aspirina a largo plazo debido a su bajo perfil de efectos secundarios. En pacientes sin intervención coronaria, la adición de clopidogrel es incierta, y generalmente solo se inician estatinas en presencia de dislipidemia. Aunque la mayoría de los casos de disección coronaria espontánea ocurren en el posparto, el manejo del anteparto debe considerar la seguridad fetal. En nuestro paciente, debido al riesgo de compromiso fetal, se optó por una cesárea de emergencia. Durante la cirugía se mantuvo su estabilidad hemodinámica y se evitó el uso de oxitócicos. El recién nacido presentó un APGAR bajo, lo que requirió cuidados neonatales intensivos. Posteriormente, la paciente fue trasladada a cuidados intensivos donde se continuó el seguimiento ecocardiográfico y el tratamiento farmacológico con bisoprolol, ácido acetilsalicílico y perindopril. Actualmente, no existen suficiente evidencia científica que respalde una guía de manejo estandarizada para la disección coronaria espontánea durante el embarazo, por lo que el tratamiento debe ser individualizado, basándose en la estabilidad hemodinámica y las características clínicas del paciente. Para los pacientes más estables se prefiere un enfoque conservador, como en el caso de nuestra paciente; cuyo ecocardiograma final mostró insuficiencia mitral y tricuspídea leve, acinesia apical y fracción de eyección reducida, lo que permitió su alta con medicación para controlar su función

cardíaca. Sin embargo, para los pacientes inestables o aquellos en los que los beneficios superan los riesgos, se recomienda la intervención coronaria percutánea o el injerto de derivación de la arteria coronaria[8].

Limitaciones

A pesar de que la disección coronaria espontánea en el embarazo es una entidad rara, se han reportado algunos casos, lo que permite realizar comparaciones con la literatura existente. Sin embargo, nuestro estudio se basa en un único caso, lo que limita la posibilidad de generalizar los hallazgos. Además, el diagnóstico y manejo de esta patología pueden variar según los recursos disponibles en cada centro, lo que podría influir en los desenlaces reportados. Otro aspecto para considerar es la dificultad para establecer un protocolo estandarizado de manejo debido a la baja frecuencia de esta condición. En nuestro caso, el abordaje fue individualizado y basado en la estabilidad hemodinámica materna y el bienestar fetal, lo que destaca la importancia de un equipo multidisciplinario. Es fundamental continuar con la recopilación de datos y la investigación en este campo para desarrollar guías más precisas para la atención de estas pacientes.

Conclusión

La disección coronaria espontánea asociada al embarazo, aunque rara, representa una causa significativa de síndrome coronario agudo en mujeres gestantes, con importantes implicaciones tanto para la madre como para el feto. Su presentación clínica puede variar desde dolor torácico hasta complicaciones graves como arritmias y muerte súbita. El diagnóstico temprano y el manejo adecuado son fundamentales para mejorar el pronóstico de la paciente, aunque las opciones terapéuticas deben ser individualizadas debido a la falta de guías estandarizadas. En el contexto de un embarazo avanzado, el riesgo para el bienestar fetal es una consideración crucial al tomar decisiones terapéuticas. El tratamiento conservador puede ser adecuado en pacientes hemodinámicamente estables, mientras que la intervención invasiva, como la intervención coronaria percutánea o el injerto de derivación coronaria, debe reservarse para casos más complejos o inestables. Este caso subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario, que permita tomar decisiones basadas en la estabilidad clínica de la paciente y el bienestar fetal, y destaca la necesidad de más

estudios para establecer pautas claras para el manejo de esta condición en el embarazo.

Referencias

1. Badui E, Enciso R. Acute myocardial infarction during pregnancy and puerperium: a review. *Angiology*. 1996 Aug;47(8):739–56. <https://doi.org/10.1177/000331979604700801> PMID:8712477
2. Ismail S, Wong C, Rajan P, Vidovich MI. ST-elevation acute myocardial infarction in pregnancy: 2016 update. *Clin Cardiol*. 2017 Jun;40(6):399–406. <https://doi.org/10.1002/clc.22655> PMID:28191905
3. Roth A, Elkayam U. Acute myocardial infarction associated with pregnancy. *J Am Coll Cardiol*. 2008 Jul;52(3):171–80. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.03.049> PMID:18617065
4. Flick A, Kahn D. *Maternal physiology during pregnancy & fetal & early neonatal physiology*. 4th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019.
5. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al.; Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *J Am Coll Cardiol*. 2018 Oct;72(18):2231–64. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.08.1038> PMID:30153967
6. Faden MS, Bottega N, Benjamin A, Brown RN. A nationwide evaluation of spontaneous coronary artery dissection in pregnancy and the puerperium. *Heart*. 2016 Dec;102(24):1974–9. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2016-309403> PMID:27411842
7. Yilmaz S, Sahinkus S, Kilic H, Gunduz H, Akdemir R. Acute Coronary Syndrome During Pregnancy: A Case Report and Literature Review. *Turk J Emerg Med*. 2016 Feb;14(3):135–8. <https://doi.org/10.5505/1304.7361.2014.05924> PMID:27331184
8. Havakuk O, Goland S, Mehra A, Elkayam U. Pregnancy and the Risk of Spontaneous Coronary Artery Dissection: An Analysis of 120 Contemporary Cases. *Circ Cardiovasc Interv*. 2017 Mar;10(3):e004941. <https://doi.org/10.1161/CIRCINTERVENTIONS.117.004941> PMID:28302642
9. Tweet MS, Hayes SN, Codsí E, Gulati R, Rose CH, Best PJ. Spontaneous Coronary Artery Dissection Associated With Pregnancy. *J Am Coll Cardiol*. 2017 Jul;70(4):426–35. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.05.055> PMID:28728686
10. Yip A, Saw J. Spontaneous coronary artery dissection-A review. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2015 Feb;5(1):37–48. PMID:25774346