Reanimación Cardiopulmonar Extracorpórea (ERCP) Tras Disección Coronaria Espontánea: Estudio de un Caso Clínico y Revisión de Estrategias

Esteban Matias Saavedra Toledo[1], Liliana Cueva Rubio[2], Giovanna Barbalho Leal[3], Carlos Torres-Herrera[2]

1. Universidad Mayor
2. Universidad Diego Portales
3. Universidad Finis Terrae

ANTECEDENTES:

La reanimación cardiopulmonar extracorpórea (ECPR) ha demostrado ser efectiva en el manejo de paro cardiorrespiratorio (PCR) refractario, utilizando oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) para pacientes que no responden a terapias convencionales. Este método ha mostrado buenos resultados en la mejora de la supervivencia y función neurológica (1). A continuación, se describe el caso de una paciente puérpera con disección espontánea de arterias coronarias (SCAD) que necesitó ECPR para lograr la resucitación cardiopulmonar.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 43 años, con historial de pericarditis en 2021, ingresó en el segundo día de puerperio con dolor torácico agudo, malestar general y sudoración. El electrocardiograma reveló un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) en la región inferior. La coronariografía mostró una disección suboclusiva en la arteria circunfleja (Cx) mediodistal. Se realizó una angioplastia coronaria con colocación de stents liberadores de fármacos en Cx y en la arteria obtusa marginal (OM). La paciente evolucionó con shock cardiogénico y taquicardia ventricular, requiriendo desfibrilación y RCP, logrando retorno de circulación espontánea (RCE). Posteriormente, sufrió una crisis convulsiva, y una tomografía reveló disección de las arterias vertebrales, indicando posible hipoxia cerebral. Presentó un nuevo PCR aplicando protocolo de ERCP siendo conectada a ECMO venoarterial (VA), y tras 45 minutos fue trasladada a pabellón de hemodinamia se realizó coronariografía que mostró una disección oclusiva de la arteria descendente anterior (DA) proximal, requiriendo además soporte con balón de contrapulsación intraaórtica. La paciente fue conectada a ECMO venoarterial (VA) durante el PCR, y tras 45 minutos, logró la estabilización. Se realizó una nueva PTCA con stent en el tronco coronario izquierdo (TCI)/DA. Después de un extenso PCR y traslado a la Unidad Coronaria, se le indujo hipotermia durante 48 horas, seguida de soporte ventilatorio no invasivo y oxigenoterapia de alto flujo. A pesar de complicaciones infecciosas y reintubaciones, la paciente mostró una mejoría progresiva tras 15 días, con tratamiento antibiótico y rehabilitación.

DISCUSIÓN:

La ECPR en el contexto de SCAD puerperal, como se muestra en este caso, fue una alternativa eficaz para el manejo del PCR refractario. A pesar de los múltiples episodios de PCR, el soporte con ECMO VA fue crucial para estabilizar la función cardiopulmonar y permitir intervenciones adicionales. La ECPR no solo facilitó la recuperación, sino que también preservó la función neurológica y mejoró las posibilidades de supervivencia, como lo respaldan estudios recientes (3,4). Aunque la ECPR es intensiva en recursos y requiere equipo especializado, sus beneficios en la mortalidad y resultados neurológicos a corto plazo justifican su uso en centros con alta capacidad (5).