



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

253/23 - PCR POR ANGINA VASOESPÁSTICA

L. de la Fuente Blanco^a, L. Gómez Ruiz^b, A. Fernández Serna^c, C. Fortuny Henríquez^d, M. Arques Pérez^e, M. de la Hoz Gutiérrez^f, R. López Sánchez^g, S. Díez Martínez^h, Á. González Díaz-Faesⁱ y Á. del Castillo Criado^j

^aMédico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. ^eMédico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. ^fMédico de Familia. SUAP Santander. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^hMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander. ⁱMédico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. ^jMédico Residente de Cirugía General. HUMV. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón 45 años fumador de 10 cigarros al día, dislipemia. Acude a su centro de Salud por cuadro de dolor torácico de media hora de duración que le despierta mientras duerme. Refiere episodios similares en los meses previos pero de menor duración. Cuando llega a urgencias el dolor ya ha cedido espontáneamente. Estando ingresado en planta de cardiología presenta PCR con FV como ritmo inicial precedido de episodio de dolor torácico, observándose en monitorización elevación de ST en cara inferior. Se recupera ritmo sinusal tras 15 minutos de RCP avanzada. Se realiza coronariografía en el se observa espasmo severo de arteria coronaria derecha que mejora con nitroglicerina endovenosa. Posteriormente se inicia tratamiento con nitratos con buena evolución. Se implanta DAI como prevención secundaria de muerte súbita.

Exploración y pruebas complementarias: TA 145/87, FC 95, caliente bien perfundido. PVY normal. AC: rítmica sin soplos. AP murmullo vesicular conservado. Abdomen blando depresible sin megalias. Extremidades inferiores sin edemas, pulsos pedios presentes. ECG a su llegada a urgencias, ritmo sinusal, PR normal, QRS estrecho T negativas en cara inferior. ECG con dolor: elevación de ST en cara inferior. Troponina máxima: 4,04 ng/ml. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado, FEVI 40% con hipoquinesia en cara inferior. Sin valvulopatías significativas. Coronariografía: estenosis muy leve en DA media, espasmo grave en coronaria derecha que responde a nitroglicerina observándose lesión ligera en coronaria derecha proximal.

Juicio clínico: Angina vasoespástica o de Prinzmetal.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario con oclusión trombótica de arteria coronaria.

Comentario final: El espasmo es la contracción anormal, transitoria, que suele ser focal y puede ocurrir simultáneamente en más de una localización. Puede ocurrir sobre coronarias enfermas o sanas. Produce dolor torácico típicamente nocturno y más frecuente en pacientes jóvenes y fumadores. Pueden desencadenarlo: alcohol, frío, estrés emocional, hiperventilación...pero no en

relación con actividad física. Ceden tras la administración de nitroglicerina. Suelen presentarse en clusters. Con periodos asintomáticos posteriores de semanas-meses. Puede generar elevación del segmento ST si la oclusión es total y Descenso del segmento ST si oclusión no es total o difusa. Los ataques pueden asociarse a arritmias: bloqueo AV completo, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular. El tratamiento de elección para la prevención de los episodios son los calcioantagonistas junto con nitratos de acción prolongada. Nitrato sublingual u oral para la fase aguda. Se debe evitar los betabloqueantes.

Bibliografía

1. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Heart Journal. 2016;37:267-315.

Palabras clave: Angina. Vasoespasmo coronario.