



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/824 - ANGINA DE PRINZMETAL

C. Ramírez Menéndez^a, M. Noguero Álvarez^b, C. Peco Arregui^c, C. Fernández Durán^a, V. Pérez Aradas^d, H. Navarro Caballero^e, Á. Fernández Huergo^e, T. Flores Lunar^e, C. Martínez Álvaro^b y M.Á. Miguel Abanto^b

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. DA Oeste. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Francia. Fuenlabrada. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Francia. Fuenlabrada. Madrid. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Francia. Fuenlabrada. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 47 años de edad fumadora de 30 paquetes/año e hipertensa en tratamiento farmacológico que acude a urgencias derivada desde su centro de salud por elevación de ST en electrocardiograma. Ingresada 15 días antes por SCASEST IAM no Q ínfero lateral, se realiza coronariografía con una única lesión del 40% en coronaria derecha no revascularizada, dada de alta con IECAs, betabloqueantes y antiagregantes. Después del ingreso acude a su centro de salud para entregar informe de alta y cuenta dos episodios de dolor centro-torácico de 2-3 minutos de duración sucedidos el día previo, uno en reposo y otro tras discusión con su hija, ambos ceden de manera espontánea. Estando asintomático, se realiza electrocardiograma donde se observa elevación del ST en derivaciones inferiores, se deriva a urgencias en UVI móvil, y a su llegada se repite electrocardiograma, siendo este normal. Ante la sospecha de angina vaso espástica ingresa para estudio y monitorización, iniciándose tratamiento con nitratos de larga duración y calcio antagonistas. Durante el ingreso se registran dos episodios asintomáticos de elevación de ST a las 6 am. Se repite cateterismo descartándose desestabilización de placa de ateroma descrita en cateterismo del ingreso previo. Tras inicio de tratamiento no presenta nuevos episodios de dolor ni alteraciones electrocardiográficas.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física realizada tanto en la valoración inicial como durante el ingreso fue normal. En atención primaria se realiza electrocardiograma con registro de elevación de ST en II, III y aVF en ausencia de clínica. En telemetría se registran dos episodios de elevación de ST en cara inferior. Coronariografía: lesión moderada (40%) en coronaria derecha, sin cambios respecto a previas. Resto de pruebas sin alteraciones significativas.

Juicio clínico: Angina variante, vaso espástica o de Prinzmetal.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio. Angina. Disección de aorta.

Comentario final: La angina vaso espástica o de Prinzmetal son episodios de dolor torácico recurrente acompañados de elevación de ST en electrocardiograma en ausencia de lesiones coronarias severas. La prevalencia es desconocida, y se diagnostica con más frecuencia en mayores

de 50 años. Suele ocurrir en reposo, entre la media noche y la madrugada. Su factor de riesgo más importante es el tabaco. El diagnóstico puede ser definitivo (clínica y registro electrocardiográfico de elevación de ST), de sospecha (clínica con respuesta a nitroglicerina y/o test de provocación) o poco probable (no reúne ninguno de los anteriores). Es obligatorio realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones, cateterismos y la realización de un test de stress será valorada individualmente. El tratamiento consiste en la deshabituación tabáquica, calcio-antagonista y nitratos de larga duración, que deberán mantenerse un mínimo de 12-18 meses sin eventos clínicos. El pronóstico es favorable con tratamiento médico adecuado y cese del hábito tabáquico. Las complicaciones más frecuentes son infarto agudo de miocardio (IAM) (supervivencia en 10 años libre de IAM del 80%) y arritmias (complicación más frecuente) determinadas por el vaso implicado (coronaria derecha: isquemia nodo aurículo-ventricular y descendente anterior: taquicardia ventricular). Ambas determinan peor pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pinto DS, Beltrame JF, Crea F. Variant angina. UpToDate.