



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1727 - DOCTORA, ¿POR QUÉ ME DUELE EL PECHO POR LAS NOCHES?

P. Méndez García¹, M. Gómez-Caraballo Sánchez-Valdepeñas² y M. Abad Carrillo³

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela de Duero. Tudela de Duero. Valladolid. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canterac. Valladolid.

³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Acudió al centro de salud un varón de 36 años con antecedentes personales de migraña y síndrome de Raynaud. Consultó por episodios de dolor retroesternal opresivo en reposo, más frecuentemente durante la noche.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física, el paciente se encontraba consciente y orientado, con buen estado general y constantes normales. Auscultación cardiopulmonar normal. Extremidades inferiores sin edemas. Electrocardiograma (ECG) en paciente asintomático: ritmo sinusal a 90 lpm (latidos por minuto), sin signos de isquemia ni alteraciones en la repolarización. Analítica: hemograma sin alteraciones, función renal e iones normales, troponina 4,20 ng/L, coagulación normal. Radiografía de tórax: índice cardiorácico normal, sin alteraciones pleuropulmonares. El paciente acudió a por los resultados, nervioso y con opresión torácica retroesternal. ECG con clínica: ritmo sinusal a 85 lpm con elevación del segmento ST en las derivaciones V1-V4. Derivamos al paciente a urgencias. A su llegada, se encontraba asintomático y le realizaron ECG, siendo este normal. Se colocó telemetría y sufrió nuevo episodio de dolor coincidiendo con registro de elevación del segmento ST en II, III, avF. Al sospechar espasmo coronario, se inició tratamiento con nitroglicerina sublingual y perfusión intravenosa de diltiazem, tras lo cual se controló el cuadro. Posteriormente, se realizó coronariografía que mostró coronarias normales y test de acetilcolina que confirmó vasoespasma coronario. Durante el ingreso el paciente permaneció estable. Fue dado de alta con 240 mg diarios de diltiazem. Tras 9 meses de seguimiento en atención primaria continúa asintomático.

Orientación diagnóstica: Angina vasoespástica o de Prinzmetal.

Diagnóstico diferencial: Angina de Prinzmetal. Síndrome coronario. Pericarditis aguda.

Comentario final: La angina de Prinzmetal se debe a vasoespasma de las arterias coronarias epicárdicas. Como tratamiento se usan calcioantagonistas y nitratos, que mejoran los síntomas pero no modifican el pronóstico. Se deben evitar betabloqueantes, aspirina y tabaco. En pacientes con antecedentes de arritmias ventriculares durante las crisis hay que valorar el implante de DAI (desfibrilador automático implantable).

Bibliografía

1. Lanza GA, Sestito A, Sgueglia GA. Current clinical features, diagnostic assesment and prognostic determinants of patients with variant angina. *Int J Cardiol.* 2007;118:41-7.
2. Yasue H, Kugiyama K. Coronary spasm: Clinical features and pathogenesis. *Intern Med.* 1997;36:760-5.

Palabras clave: Angina de pecho. Electrocardiografía. Diltiazem.