



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

## 415/66 - DOLOR TORÁCICO EN VARÓN JOVEN CON CORONARIAS NORMALES

J. Alonso Calleja<sup>1</sup>, A. García García<sup>1</sup>, P. Sánchez-Seco Toledano<sup>1</sup>, R. Piedra Castro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 47 años, con antecedentes de hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina, que acude a Urgencias de nuestro centro de salud por dolor centroráctico opresivo que no cede con analgesia habitual desde las 4:00 am que le despierta. Refiere sudoración, sin náuseas ni vómitos. En los días previos, describe cuadro de sensación distérmica que relaciona con “enfriamiento” después de realizar ejercicio.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada, el paciente impresiona de dolor. TA: 160/96 mmHg, FC: 80 lpm, Sat.O2 basal: 98%, T<sup>o</sup>: 36 °C, eupneico en reposo. En la exploración física la auscultación cardiaca es rítmica sin soplos y en la pulmonar se ausculta murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Resto de exploración sin alteraciones. Realizamos registro electrocardiográfico donde se objetiva ritmo sinusal a 60 latidos por minuto con elevación del segmento ST de 5 mm en II, III y aVF y alteraciones especulares con descenso en V1-V3 y aVR. Ante estos hallazgos, avisamos a los servicios de emergencia desde el centro de salud para trasladar al paciente al hospital previo aviso a hemodinamista de guardia para realización de cateterismo urgente (activación de CORECAM). ECG en hospital (tras cateterismo): ritmo sinusal a 70 lpm. Intervalo y segmento PR normal. Eje normal. QRS estrecho. R de pequeño voltaje en III con S de 3 mm. Segmento ST normalizado. T negativa en III. QT normal. Analítica: Glu 108 mg/dL, leucocitos 10.400/mm<sup>3</sup>, plaquetas 198.000/mm<sup>3</sup>, troponina I US 14.904 pg/mL, CPK 928 U/L, BNP 38,5 pg/mL. Cateterismo cardíaco: sin lesiones en arterias coronarias. Gasometría venosa: pH 7,45, pCO<sub>2</sub> 35 mmHg, pO<sub>2</sub> 46 mmHg, HCO<sub>3</sub> 24,3mEq/L. Rx de tórax portátil: silueta cardiaca normal. Senos costofrénicos libres. No se aprecian infiltrados parenquimatosos. Hilos y mediastino normal.

**Juicio clínico:** Vasoespasmo epicárdico.

**Diagnóstico diferencial:** Miocarditis aguda, vasoespasmo epicárdico, pericarditis aguda.

**Comentario final:** El paciente ingresa en UCI por síndrome coronario agudo con elevación del ST inferolateral con coronarias normales por cambios eléctricos autolimitados normalizados con nitroglicerina sublingual. A su llegada a planta, se encuentra clínica y hemodinámicamente estable, con buena tolerancia al inicio de calcio-antagonistas. Se completa estudio con ETT sin hallazgos de interés. Se solicita también cardioRMN que descarta la posibilidad de miocarditis aguda. Tras cinco días en planta sin presentar nuevo episodio de dolor ni datos de insuficiencia cardiaca se procede a alta hospitalaria.

### Bibliografía

Crea F, Niccoli G. Myocardial Infarction With Non-obstructive Coronary Atherosclerosis. JACC: Cardiovascular Imaging. 2018.

Vasospastic angina. 2017. Disponible en: <https://www-uptodate-com.sescam.a17.csinet.es/contents/vasospastic-angina>

**Palabras clave:** Vasoespasmo coronario. Dolor torácico. Adulto joven.