

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

424/654 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ENFERMEDAD CORONARIA ATEROESCLERÓTICA OBSTRUCTIVA (MINOCA) A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Benasco Graell¹, C. Bistuer Mallen², A. Tarragó García¹ y B. Ramis i Pérez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Sant Cugat Mútua Terrassa. Barcelona.²Médico de Familia. CAP Sant Cugat Mútua Terrassa. Barcelona. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Rubí Mútua Terrassa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 42 años de profesión profesor, fumador con una dosis acumulada de 10 paquetes/año, sin otros factores de riesgo cardiovascular ni antecedentes patológicos de interés, que consulta por dolor torácico centrotorácico opresivo, de inicio súbito mientras estaba dando clase, escala visual del dolor (EVA) 7/10, con irradiación a región cervical anterior y posteriormente a brazo izquierdo, sin cortejo vegetativo. El dolor persistió durante más de dos horas por lo que decidió consultar en nuestro centro.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente se encontraba hemodinámicamente estable y sin hallazgos en la exploración física. El electrocardiograma (ECG) mostraba ritmo sinusal a 84 latidos por minuto con elevación del ST en V3-V5 inferior a 2 mm. Se trasladó al paciente al hospital, donde se realizó: ECG sin dolor: persiste mínima elevación del ST en V4. Radiografía de tórax sin cardiomegalia ni otras alteraciones. Analítica inicial: troponina ultrasensible (TnT-us) de 74,38 ng/L y leucocitos $11,38 \times 10^9/L$, resto normal. Curva de TnT-us: 74,38-388, 80-685-503,70 ng/L. Cateterismo cardiaco: arterias coronarias de buen calibre y sin lesiones. Ecocardiograma doppler: sin alteraciones valvulares. Ventrículo izquierdo (VI) no dilatado ni hipertrófico con FE 54%, sin alteraciones de la contractilidad segmentaria. Pericardio normal. RM cardiaca: perfusión en reposo sin alteraciones. Realce tardío de gadolinio con depósitos en los segmentos medios y apical de la cara septal del VI, pequeños focos en ápex y segmento lateral apical, con signos sugestivos de edema regional, compatible con la sospecha diagnóstica de miocarditis. Ausencia de líquido pericárdico o de engrosamiento de sus láminas.

Orientación diagnóstica: Miocarditis aguda. MINOCA.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis aguda, miocardiopatía de Takotsubo, angina vasoespástica.

Comentario final: El infarto agudo de miocardio sin enfermedad coronaria ateroesclerótica obstructiva (MINOCA por sus siglas en inglés) tiene una prevalencia de entre el 5 y el 25% entre los infartos agudos de miocardio. El pronóstico es muy variable en función de la causa subyacente, por ese motivo lo más importante es realizar un buen diagnóstico diferencial para concretar su etiología y aplicar el tratamiento necesario.

Bibliografía

1. Zuluaga-Quintero M, Cano-Granda CC. Infarto agudo de miocardio sin enfermedad coronaria ateroesclerótica obstructiva. Iatreia. 2018;31(4):371-379.

Palabras clave: Miocarditis aguda. MINOCA.