



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

P. Méndez García<sup>1</sup>, M. Gómez-Caraballo Sánchez-Valdepeñas<sup>2</sup> y M. Abad Carrillo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela de Duero. Tudela de Duero. Valladolid.<sup>2</sup>

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canterac. Valladolid.<sup>3</sup>Residente 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 vasoespasmo 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 vasospástica o de Prinzmetal.

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

**Comentario final:** La angina de Prinzmetal se debe a vasoespasmo 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.