



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

482/1512 - UN CASO DE SÍNDROME X CORONARIO, COMO DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN

J. Monllor Méndez¹, M. Espinosa Monroy², D. Rodríguez-Bobada Caraballo³ y S. Zarza Martínez⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villarta de San Juan. Villarta de San Juan. Ciudad Real. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. ³Residente de 3^{er} año de Gastroenterología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 54 años de edad que refiere únicamente ser alérgica al Yodo. Es obesa e hipertensa en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). No es diabética ni dislipémica. No posee hábitos tóxicos. Toma lorazepam por un síndrome depresivo que le acompaña desde hace más de 20 años. Solo ha experimentado una intervención quirúrgica por mioma uterino en su juventud. Acude por presentar dolor continuo retroesternal irradiado a hombro izquierdo que ha requerido numerosos ingresos en Urgencias. No refiere náuseas ni pérdida de conciencia. Refiere cansancio, decaimiento y palpitaciones acompañantes.

Exploración y pruebas complementarias: Análisis de sangre, ecocardiograma, ergometría y cateterismo con ausencia de datos patológicos.

Orientación diagnóstica: Tras la ausencia de datos patológicos, se decide dar el diagnóstico de exclusión de síndrome X.

Diagnóstico diferencial: Se trata de un diagnóstico fundamentalmente de exclusión, pero conviene profundizar un poco más en su posible causa. A nivel microvascular, se han propuesto diversas teorías etiológicas. Desde una variante del síndrome de Prinzmetal en forma de espasmo coronario, que podría evidenciarse con un test de acetilcolina, hasta un microembolismo, descartado en este caso gracias al ecocardiograma realizado. También se ha valorado la posibilidad de situarnos ante una variante especial del Síndrome de Takotsubo, donde una resonancia magnética nuclear (RMN) cardiaca podría resultar de utilidad. De todas las opciones barajadas, la que más fuerza tiene a día de hoy es la disfunción endotelial de las coronarias. De hecho, algunos investigadores han encontrado en pacientes con síndrome X una afectación del endotelio no solo coronario, sino también en la circulación periférica, apuntando que podría tratarse de un trastorno vascular generalizado. En esta ocasión, se decidió no avanzar más en la búsqueda más concreta de la etiología del caso.

Comentario final: Lo importante es tener claro que ante un dolor anginoso recurrente, con coronarias, electrocardiograma y enzimas normales nunca debemos descartar la posibilidad de un futuro evento isquémico. Por otro lado, debe plantearse la posibilidad real de ingresar a estos pacientes en programas de rehabilitación cardiaca como sustitución o complemento del tratamiento farmacológico.

Bibliografía

1. Jespersen L. Persistent angina: Highly prevalent and associated with long term anxiety, depression, and quality of life in stable angina pectoris. Clin Res Cardiol. 2013;102(8) 571-81.

Palabras clave: Angina. Coronarias. Dolor.