



XXIX CONGRESO
MIRANDO HACIA ADELANTE

ID: 046

Gómez Santos, Patricia.
C.S.Cáceres, Madrid.

UN SINDROME CORONARIO AGUDO DIFERENTE

- **Ámbito del caso:** Atención primaria. Urgencias.
- **Motivo de consulta:** Dolor torácico
- **Historía clínica:**

Mujer de 60 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al centro de salud por dolor centrotorácico opresivo irradiado a brazo izquierdo de una hora de evolución estando en reposo. No refiere disnea, palpitaciones ni mareo. Niega episodios similares.

A su llegada, se la pasa a la sala de urgencias. A la exploración destaca tensión arterial de 190/90. Resto de constantes y auscultación cardiopulmonar normal. El electrocardiograma es anodino, sin alteraciones de la repolarización.

Se administra un puff de nitroglicerina sublingual con desaparición del dolor, persistiendo la hipertensión pero en mejoría. Ante la clínica sugestiva de síndrome coronario agudo, se solicita ambulancia urgente para traslado y valoración en urgencias.

Una vez en urgencias le repiten electrocardiograma, manteniéndose normal, y le realizan enzimas cardíacas con elevación progresiva de troponina en las siguientes seriaciones.

La paciente es ingresada en Cardiología donde se le realiza:

- Ecocardiograma, Coronariografía y Ventriculografía: Normales

Durante el ingreso se mantiene estable, sin alteraciones analíticas y con enzimas cardíacas en descenso, sin presentar nuevos episodios de dolor torácico.

Mantiene cifras de tensión elevadas que se controlan correctamente con antihipertensivo.

Es dada de alta con diagnóstico de síndrome coronario agudo con arterias coronarias epicárdicas sin lesiones (MINOCA), con antiagregación, antihipertensivo y control por su médico de familia.

- **Conclusión y Aplicabilidad**

El infarto agudo de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA, por sus siglas en inglés) corresponde a un 1-14% de los infartos agudos de miocardio. Se debe a alteraciones de la motilidad en las arterias coronarias a nivel epicárdico y/o microvascular. Cursa con dolor torácico, electrocardiograma con o sin alteraciones y elevación de enzimas cardíacas, pero sin alteraciones en la coronariografía. Es más frecuente en mujeres, jóvenes y con menos factores de riesgo cardiovascular.

Es importante descartar en el diagnóstico diferencial la embolia pulmonar, miocarditis y el síndrome de Takotsubo. Su pronóstico es desconocido.

En su manejo inicial desde Atención Primaria se tratará como un síndrome coronario agudo habitual, así como en su seguimiento al alta.

MINOCA (ID: D000088442); Chest pain (ID: D002637); Acute Coronary Syndrome (ID: D054058)