

Utilidad del Holter para el diagnóstico de angina vasoespástica

Zafra-Sánchez J, Rubio-Alcalde A, Pérez-Benito L, San Román-Terán CM

Unidad de Cardiología. Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga). España

Recibido: 01/05/2016

Aceptado: 01/06/2016

En línea: 30/06/2016

Citar como: Zafra-Sánchez J, Rubio-Alcalde A, Pérez-Benito L, San Román-Terán CM. Utilidad del Holter para el diagnóstico de angina vasoespástica. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2016; 1(0): 3-4.

Autor para correspondencia: Carlos M.^a San Román y de Terán. carlosmihca@inicia.es

Palabras clave

- ▷ Angina vasoespástica
- ▷ Holter
- ▷ Electrocardiograma

Keywords

- ▷ Vasospastic angina
- ▷ Holter
- ▷ Electrocardiogram

Resumen

Varón de 55 años con precordialgia en reposo y electrocardiograma normal repetidamente, al que se diagnosticó de angina vasoespástica mediante un registro Holter después de diversas pruebas diagnósticas.

Abstract

Male 55 years old attended by resting precordialgia with repeatedly normal electrocardiogram that was diagnosed vasospastic angina by a record Holter after several normal diagnostic test.

Puntos destacados

- ▷ Ante la presencia de angina sin alteraciones del ECG ni otros datos de isquemia coronaria el registro Holter puede ser la clave diagnóstica.

Introducción

El diagnóstico de vasoespasmio coronario se basa en la presencia de síntomas de angina de pecho en reposo que se acompaña de elevación del segmento ST en el electrocardiograma (ECG), pudiéndose asociar a infarto agudo de miocardio, taquicardia o fibrilación ventricular y muerte súbita.

Caso clínico

Describimos el caso de un paciente de 55 años con único antecedente de ser fumador de 40 cigarrillos/día, que acudió a Urgencias por sufrir episodios de precordialgia en reposo irradiada a garganta en los días previos.

El paciente fue estudiado inicialmente mediante ECG, radiografía de tórax, analítica y troponina T que fueron normales, repitiéndose ésta a las 6 horas y permaneciendo normal. Ante la sospecha inicial de SCASEST de bajo riesgo fue tratado con enoxaparina, AAS, clopidogrel y estatinas.

El ecocardiograma practicado no mostró hallazgos anormales. Un test de esfuerzo resultó negativo, alcanzando el 90% de frecuencia cardíaca máxima sin angina ni descenso de ST con una capacidad funcional de 10 METS y comportamiento de presión arterial normal.

Por nueva aparición de síntomas anginosos típicos de reposo, sin cambios en el ECG, se realizó cateterismo cardíaco que mostró arterias coronarias angiográficamente normales y también normalidad en las presiones ventriculares izquierdas, en la función sistólica global y la contracción segmentaria (FE 64%).

Al día después del cateterismo el paciente sufrió un síncope de perfil cardiogénico, con analítica normal, sin signos de hematoma en zona de punción, mostrando el Holter episodios de elevación del segmento ST que a veces se seguían de rachas de taquicardia ventricular rápida no sostenida, sin llegar a tener síncope durante la grabación de los eventos, aunque sí angina, llegándose al diagnóstico de angina vasoespástica.

Al paciente se le recomendó la abstención del tabaco y fue tratado con diltiazem 360 mg/día y mononitrato de isosorbida 50 mg/día, permaneciendo asintomático en el seguimiento durante 2 años con Holter repetidos normales.

Discusión

Al diagnóstico de certeza de angina vasoespástica se puede llegar cuando se detecta durante una crisis anginosa la elevación espontánea del segmento ST,

tras provocación mediante diversos test (hiperventilación, inducción de alcalosis, etc.) o mediante los test invasivos de ergonovina o acetilcolina durante la coronariografía, reseñándose en la literatura que los test de provocación no tienen tanta sensibilidad como la ergonovina o acetilcolina. Los test de provocación con ergonovina o acetilcolina durante la coronariografía se consideran diagnósticos si producen vasoespasmos focales y reproducción de los síntomas¹.

El vasoespasmos puede suceder con coronariografía normal o con lesiones², sospechándose en pacientes con angina de reposo y buena capacidad funcional. Muchos de los casos comunicados son similares: jóvenes, fumadores, sin factores de riesgo cardiovascular y diversos estímulos como el frío, el tabaco, la supresión de alcohol, la alcalosis u otros pueden generar las crisis de vasoespasmos. Ante la sospecha de vasoespasmos con las pruebas complementarias iniciales normales estaría indicado el test de provocación con ergonovina o acetilcolina³.

Probablemente, en nuestro caso la angina era un síntoma tardío y por ello cuando se realizaban los ECG al paciente durante las crisis, éstos ya no mostraban lesión subepicárdica ni arritmias.

Como en otros casos descritos, el vasoespasmos aparece como una causa de síncope grave, comprobándose que no existe un conocimiento exacto de la

prevalencia de esta patología como causa de muerte súbita⁴, pudiendo considerarse la monitorización electrocardiográfica como la técnica diagnóstica no invasiva más asequible para su detección, además de su utilidad para comprobar la eficacia del tratamiento.

Bibliografía

1. Braunwald E, Cannon CP. Unstable angina and non ST elevation myocardial infarction. En: Braunwald's Heart Disease, 8th ed, Philadelphia. Saunders Elsevier, 2008; 1319-51.
2. Postorino C, Gallager MM, Santini L, Magliano G, Chiricolo G, Bindo M, et al. Coronary spasm: a case of transient ST elevation and syncopal ventricular tachycardia without angina. *Europace*. 2007 Aug; 9(8): 568-70. Epub 2007 May 21.
3. Vara J, Álvarez G, Lambert JL, Espolita A, Rubín JM, Posada IS, et al. Espasmo coronario y parada cardíaca por fibrilación ventricular. *Rev Esp Cardiol*. 1998; 51: 410-13.
4. Alcalá-López JE, Azpitarte J, Álvarez M, Baún E. Síncope y dolor torácico: demostración del mecanismo mediante test de hiperventilación. *Rev Esp Cardiol*. 1995; 48: 631-33.