

Angor de Prinzmetal con alteraciones severas de la conducción aurículo-ventricular

José Luis García Moreno*
 José Manuel Velasco Negueruela**
 Antonio López Domínguez***
 Juan Martínez Muñoz****

RESUMEN

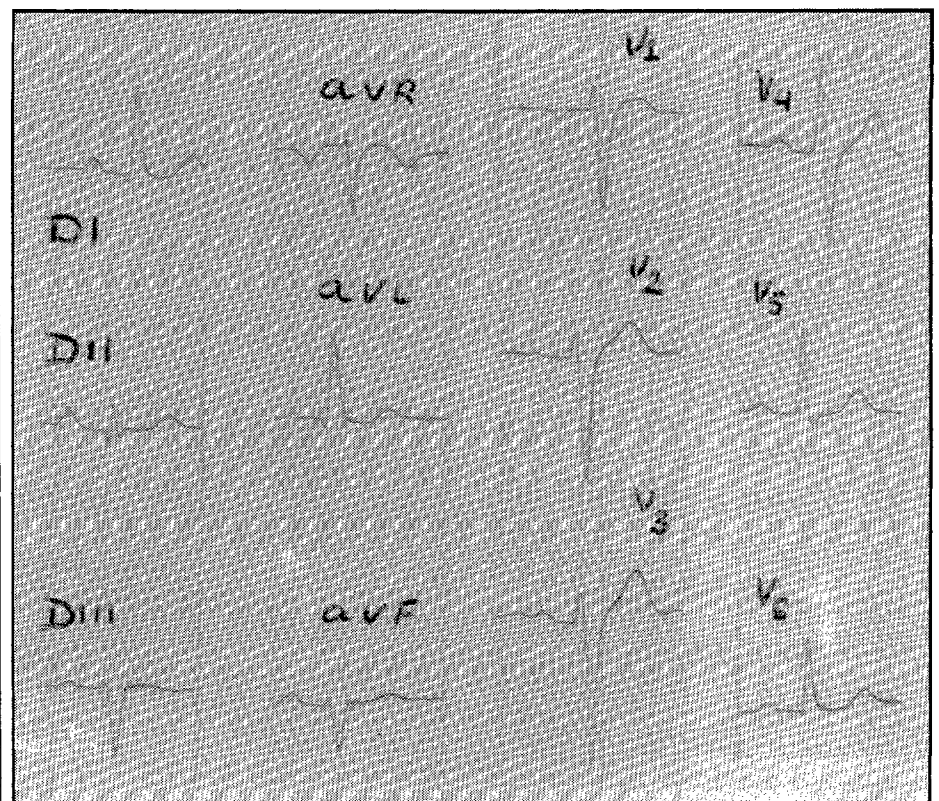
Se presenta un caso clínico de Angor de Prinzmetal, con aparición de bloqueo completo de aurículo-ventricular durante los episodios de dolor acompañado en ocasiones de pérdida de consciencia. La coronariografía demostró coronarias normales.

INTRODUCCION

La angina de Prinzmetal es un síndrome clínico y electrocardiográfico, caracterizado por Angor de Reposo, de predominio nocturno, acompañado de elevación del segmento ST en las derivaciones afectadas, con descenso en las opuestas, coincidiendo con los episodios de dolor, y con preservación de la capacidad de ejercicio (1).

Hoy en día, tras las primeras observaciones realizadas por Prinzmetal en 1959, se ha visto que junto a la existencia de lesiones orgánicas, predominantemente proximales, existen otros pacientes con coronarias estrictamente normales.

Alrededor del 50% de los enfermos con Angor de Prinzmetal presentan



* Capitán Médico (UCI Hospital de Marina San Carlos-San Fernando).

** Capitán Médico (Servicio Pulmón y Corazón Hospital de Marina San Carlos-San Fernando).

*** Jefe de Servicio UCI: Capitán Médico.

**** Jefe de Servicio Pulmón y Corazón. Comandante Médico.

Figura 1.—Electrocardiograma al ingreso.

durante los episodios de dolor una gran variedad de arritmias (1). Se han descrito repetidas veces bloqueos AV de segundo grado, de tercer grado, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular, extrasistolia auricular y ventricular, y asistolia.

EXPOSICION DEL CASO

Varón de 48 años de edad, admitido en nuestro Hospital por presentar crisis de dolor precordial, acompañadas de pérdida de consciencia.

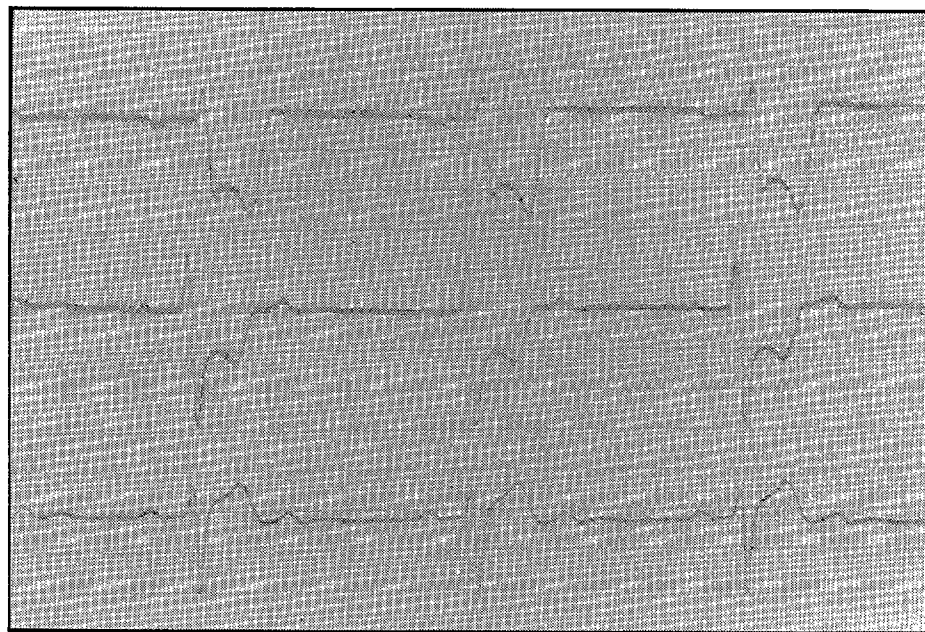
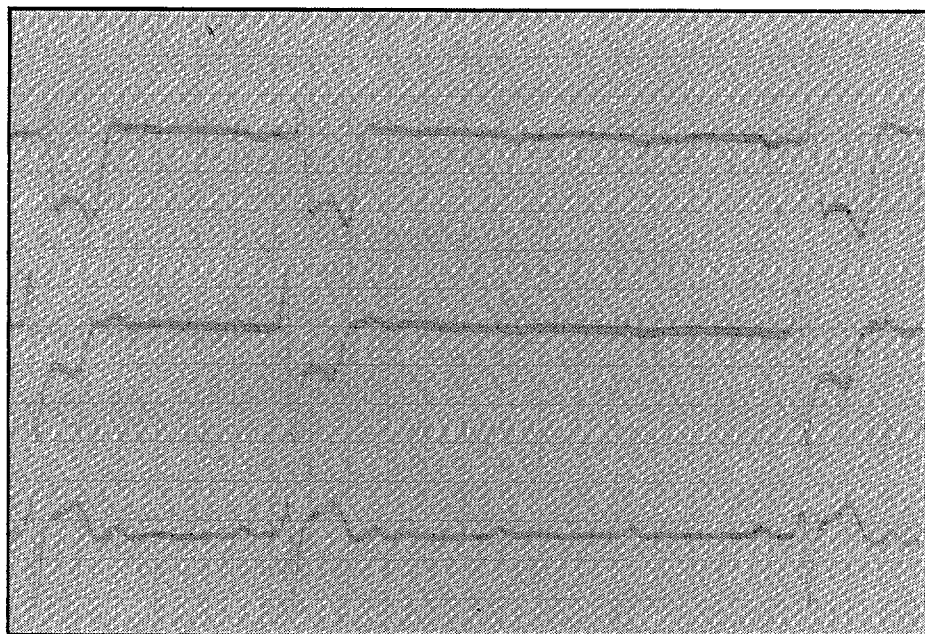
Desde 20 días antes del ingreso, y estando acostado por la noche, siente de súbito sensación opresiva en epigastrio que se le irradia a zona precordial y tórax, acompañándose de sudoración, y posteriormente de zumbido de oídos, perdiendo tras ello el enfermo la consciencia, durante unos 15 a 30 segundos. Al recuperar la consciencia, sigue presentando sensación opresiva, que va posteriormente disminuyendo en intensidad hasta desaparecer totalmente a los 3 ó 4 minutos.

Ha presentado en total 6 crisis de características similares, siendo 3 de ellas consecutivas el día del ingreso.

Entre sus antecedentes personales destacan: bebedor de unos 75 c.c. de alcohol al día, fumador de unos 40 cigarrillos al día, Ulcus duodenal hace 5 años, que requirió tratamiento médico durante 2 meses, crisis de fibrilación auricular en 1982, digitalizado actualmente, hipertensión arterial esencial, tratada con Trianterene.

En el momento de su ingreso en la Unidad, sus signos vitales estaban dentro de los límites normales. A la exploración lo único estable era un soplo sistólico eyectivo II/VI en punta y BEI a la auscultación cardíaca. Hepatomegalia a 4 cm. del reborde costal lisa y dura. Analítica dentro de la normalidad. Enzimas normales.

Electrocardiograma a su ingreso (Figura 1): ritmo sinusal a 80 latidos por minuto, eje a unos -15 grados posi-



Figuras 2 y 3.—Tiras de electrocardiograma. Derivaciones I, II, III durante episodio de dolor.

ción horizontal, PR 0,16 seg., QT 0,35 seg., QTc 0,31 seg., punto J elevado medio milímetro en V2, V3.

Ecocardiograma: Aorta moderadamente dilatada. Válvula aórtica normal de buena apertura y sin calcificaciones. Válvula mitral de características normales, con buena amplitud. Septo y pared moderadamente hipertrofiados. Aurícula izquierda normal.

Fondo de ojo: Retinopatía esclero hipertensiva grado II.

El día de su ingreso, de madrugada, presenta en la Unidad un cuadro clínico semejante a los descritos, acompañándose de las alteraciones electrocardiográficas que se representan en las

Figuras 2, 3 y 4, en las cuales se observa bloqueo auriculo-ventricular completo, y descenso del ST en derivaciones I y II y ascenso en III. En la Figura 4 se aprecia en la tira electrocardiográfica cómo al ir desapareciendo el dolor se van normalizando paulatinamente las alteraciones electrocardiográficas.

DISCUSION

Autores como Nicholas Z. Kerin et al. señalan relación entre la severidad de la isquemia, medida por la elevación del segmento ST y de la onda R

durante los episodios de dolor, y la frecuencia de aparición de arritmias, no estando en cambio relacionadas con la existencia de enfermedad coronaria anterior, y con la función en reposo del ventrículo izquierdo.

Avanzados grados de bloqueo aurículo-ventricular no son muy frecuentes durante las crisis de dolor en el Prinzmetal. Bloqueos avanzados han sido descritos en pacientes con alteraciones electrocardiográficas limitadas a las derivaciones inferiores, estando implicada la arteria coronaria derecha. Otros autores describen mayor incidencia de arritmias en pacientes con isquemia anterior y mayor incidencia de bloqueos aurículo-ventriculares en pacientes con isquemia inferior.

En nuestro paciente, las crisis desaparecieron por completo, tras 10 mg. por vía oral de Nifedipina cada 4 horas. A pesar de ello, consideramos más prudente, dada la espectacularidad clínica del cuadro, colocar marcapasos definitivo, para evitar complicaciones derivadas de la pérdida de consciencia. En coronariografía realizada posteriormente en el Servicio de Cirugía Cardiovascular, del Hospital del Aire en Madrid, se observaron coronarias normales, y no se demostró la existencia de vasoespasmos.

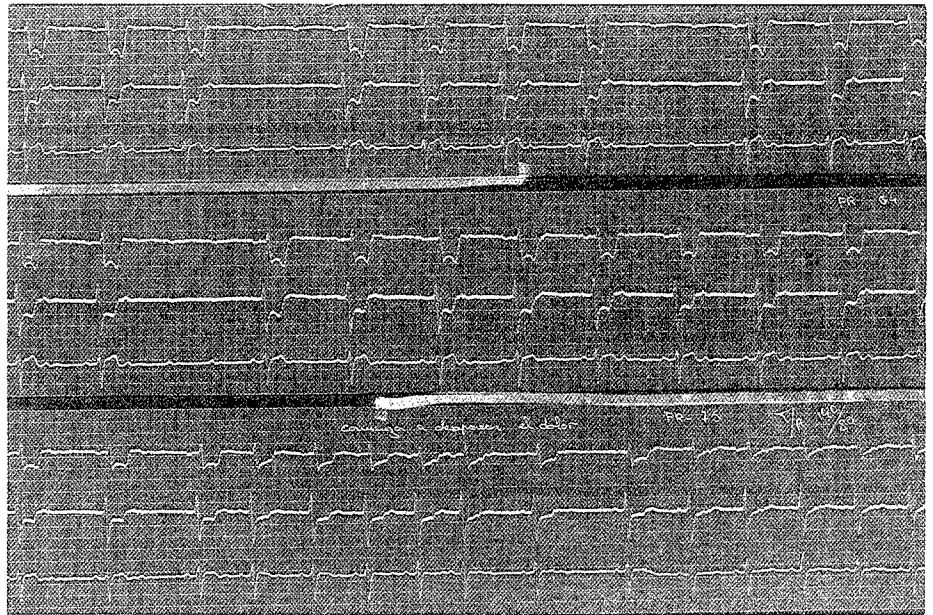


Figura 4.—Tiras sucesivas electrocardiográficas de las derivaciones I, II, III, en las cuales se observa disminución progresiva de las alteraciones del segmento ST y de la conducción, al ir desapareciendo el dolor.

BIBLIOGRAFIA

1. CHARLES B. HIGGINS, M. D.; LEWIS WEXLER, M. D. FACC.; JAMES F. SILVERMAN, M. D.; JOHN S. SCHROEDER, M. D. FACC.: «Clinical and Arteriographic Features of Prinzmetal's Variant Angina: Documentation of Etiologic Factors». *The American Journal of Cardiology*. 37:831. May, 1976.
2. J. ORTEGA CARNICER, J. G. PASQUAL, F. G. COSIO y J. M. AGUADO BORRUEY: «Infarto de miocardio de base angiospástica con coronarias normales». *Medicina Intensiva*. Vol. 4. Septiembre-octubre, 1980. Págs. 189 a 192.
3. NICHOLAS Z. KERIN, M. D.; MELVYN RUBENFIRE, M. D.; MANSOOR NAINI, M. D.; WALDEMAR J. WAJSZCZUK, M. D.; ADELFO PAMATMAT, M. D., and PHILIP N. CASCADE, M. D.: «Arrhythmias in Variant Angina Pectoris: Relationship of Arrhythmias to ST-segment Elevation and R-wave Changes». *Circulation* 60, No. 6, 1979.
4. F. PEREZ-GOMEZ; R. MARTIN DE DIOS; J. REY, and GARCIA AGUADO (From the Departamento Cardiopulmonar, Hospital Clínico de la Facultad de Medicina, Madrid, Spain): «Prinzmetal's angina: reflex cardiovascular response during episode of pain». *British Heart Journal*, 1979, 42, 81-87.
5. ROBERT J. LUCHI, M. D.; ROBERT A. CHAHINE, M. D., and ALBERT E. RAIZNER, M. D. (Houston, Texas): «Coronary Arteri Spasm». *Annals of Internal Medicine*, 1979, 91: 441-449.
6. JOSE MELLER, M. D.; CESAR A. CONDE, M. D.; EPHRAIM DONOSO, M. D., FACC. and SIMON DACK, M. D., FACC (New York, New York): «Transient Q Waves in Prinzmetal's Angina». May, 1975. *The American Journal of Cardiology*. Volume 35. 691.