

IMÁGENES EN CARDIOLOGÍA

SÍNCOPE RECURRENTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN VASOESPASMO CORONARIO

RECURRENT SYNCOPE AS THE FORM OF PRESENTATION OF A CORONARY VASOSPASM

Dr. Juan Miguel Cruz Elizundia¹, Dr. Raimundo Carmona Puerta² y Dr. Reinaldo Gavilanes Hernández³

1. Especialista de I Grado en Cardiología. Servicio de Electrofisiología Cardíaca y Estimulación. Cardiocentro "Ernesto Che Guevara". Santa Clara, Villa Clara.
2. Especialista de II Grado en Fisiología Normal y Patológica. Servicio de Electrofisiología Cardíaca y Estimulación. Cardiocentro "Ernesto Che Guevara". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Cardiología. Servicio de Cardiología. Hospital "Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. UCM-VC.

Palabras clave: Síncope, vasoespasmo coronario

Key words: Syncope, coronary vasospasm

Paciente masculino de 51 años de edad, con historia de síncope recurrente durante los últimos 4 años, al que previamente se le había diagnosticado una epilepsia, de ahí que mantuviera durante varios años tratamiento con carbamazepina oral. Los síntomas clínicos principales siempre fueron: el presíncope, el síncope y las molestias precordiales. En el último ingreso, por sus síntomas habituales, fue interconsultado con Cardiología y se le indicó un monitoreo de Holter, donde se encontró que la frecuencia y el ritmo

cardíacos eran normales durante la vigilia, en reposo (Panel A) y en actividad física, sin alteraciones del segmento ST. A las 5:10 am se registró la clásica elevación cóncava del segmento ST descrita en el vasoespasmo coronario en la derivación MV5, con cambios recíprocos en MV2 asociados a pausa sinusal (Panel B) y bloqueo tipo Mobitz II con pausa sinusal subsiguiente (Panel C, 5:21 am). Durante estos episodios el paciente refirió manifestaciones presincopeales acompañadas de molestias precordiales. Minutos después se apreció la normalización del segmento ST (Panel D). La coronariografía demostró la presencia de una lesión de 50 % en el segmento distal de la coronaria derecha y otra, de igual magnitud, en la circunfleja proximal.

Correspondencia: R Carmona Puerta
Gaveta Postal 350, CP 50100
Santa Clara, Villa Clara, Cuba
Correo electrónico: raimundo@cardiovc.sld.cu

La arteria del nodo sinusal tenía un origen previo a la placa ateromatosa de la arteria circunfleja y la del nodo aurículo-ventricular se originaba más distalmen-

te. Tras el inicio del tratamiento con bloqueadores de los canales de calcio y antiagregantes plaquetarios, el paciente permanece asintomático.

