



ANGINA VASOESPASTICA (ANGOR), DE PRINZMETAL O ANGINA VARIANTE

DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ.

DEFINICION

Forma especial de cardiopatía.

Es causado por un espasmo focal de una arteria coronaria epicárdica, llevando a isquemia miocárdica grave.

Caracterizada por episodios espontáneos de dolor torácico acompañados de elevación del segmento ST en el electrocardiograma.

Base Fisiopatológica: aparece en forma de espasmo coronario, reversible y de aparición típica en reposo, es aún más rara su presentación como espasmo multivaso.

Muchos pacientes con angina de Prinzmetal presentan espasmo adyacente a placas ateromatosas.

Prevalencia mayor en pacientes jóvenes.

CUADRO CLINICO

Presentación clínica y perfil de paciente, diferente del resto de formas de angina inestable.

- Más joven
- Sin factores de riesgo cardiovascular clásicos (a excepción del tabaquismo)
- Es frecuente la asociación con patologías que cursan con espasmo en otros territorios, por ej:
 - Migraña
 - Fenómeno de Raynaud.
- Dolor torácico irradiado +/- síntomas vegetativos, dura al menos 10-15 minutos.
- Suele presentar variación circadiana, con mayor frecuencia en la madrugada
- Inicio en reposo

Episodios de angina de Prinzmetal frecuentemente ocurren en grupos, con prolongados períodos asintomáticos de semanas a meses.

Las crisis pueden ser precipitadas por:

- estrés emocional,
- hiperventilación,
- ejercicio o exposición al frío,
- Pero no en relación con la actividad física.

Puede presentarse variación circadiana se presenta con frecuencia en los episodios de angina, ocurriendo la mayoría de las crisis **al inicio de la mañana (madrugada)**.

Puede aparecer **a horas distintas durante el día o la noche** y llega a despertar al paciente.

Comparados con pacientes que presentan angina estable crónica, los pacientes con angina variable **son más jóvenes** y, excepto por el cigarrillo, **tienen menos factores de riesgo coronario**.

DIAGNOSTICO

que generalmente *ocurre en reposo*, normalmente *al inicio de la mañana*, sin reproducibilidad durante el ejercicio

Documentación de la elevación del segmento ST en un paciente durante la incomodidad torácica transitoria y que se resuelve cuando disminuye el dolor torácico.

La elevación del segmento ST implica en isquemia focal transmural, asociada a la completa o casi completa oclusión de una arteria coronaria epicárdica, en ausencia de circulación colateral.

la angiografía coronaria generalmente es parte de los exámenes y puede ayudar a orientar el tratamiento.

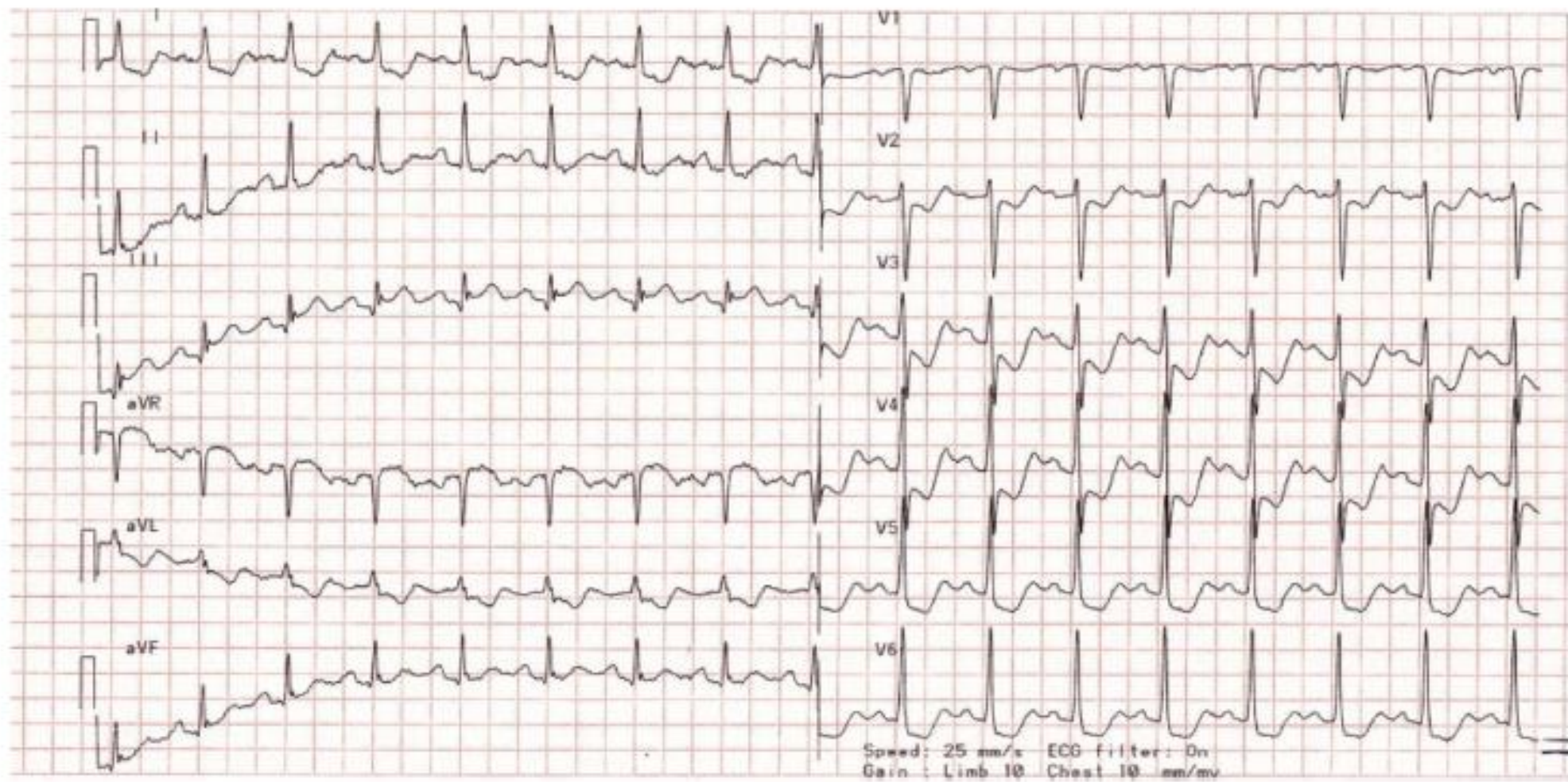


Figura 1 - Segmento ST en DI, II, aVL, V2 - V6.

Cuando existe una sospecha diagnóstica de ángor por la clínica, y todas las pruebas son normales.

❑ Se decide realizar un test de provocación de vasoespasmo en el laboratorio de cateterismo para descartar angina variante.

Se emplea la **ergonovina** y se busca provocar un vasoespasmo coronario que a su vez origine un dolor de tipo anginoso.

La positividad del test confirma el diagnóstico de ángor vasoespástico.

Otras pruebas de provocación se realizan con acetilcolina e hiperventilación.

Mediante este test se demuestran defectos de vascularización mediante estudios con radioisótopos en el momento del espasmo, lo que, unido a la aparición de angina de pecho en reposo y en ausencia de estenosis de las arterias coronarias, proporciona el diagnóstico definitivo de ángor vasoespástico.

TRATAMIENTO

Nitratos y bloqueadores de los canales de calcio son las principales formas de tratamiento para pacientes con angina variable.

Nitroglicerina sublingual o intravenosa.

Los antagonistas del calcio son sumamente eficientes en la prevención del espasmo arteriocoronario de la angina variable, y deben prescribirse en las dosis máximas toleradas. Niveles similares de eficacia se observaron entre los varios tipos de antagonistas de calcio.

La Prazosina, un bloqueador selectivo de α -adrenoreceptores, también se mostró eficaz en algunos pacientes.