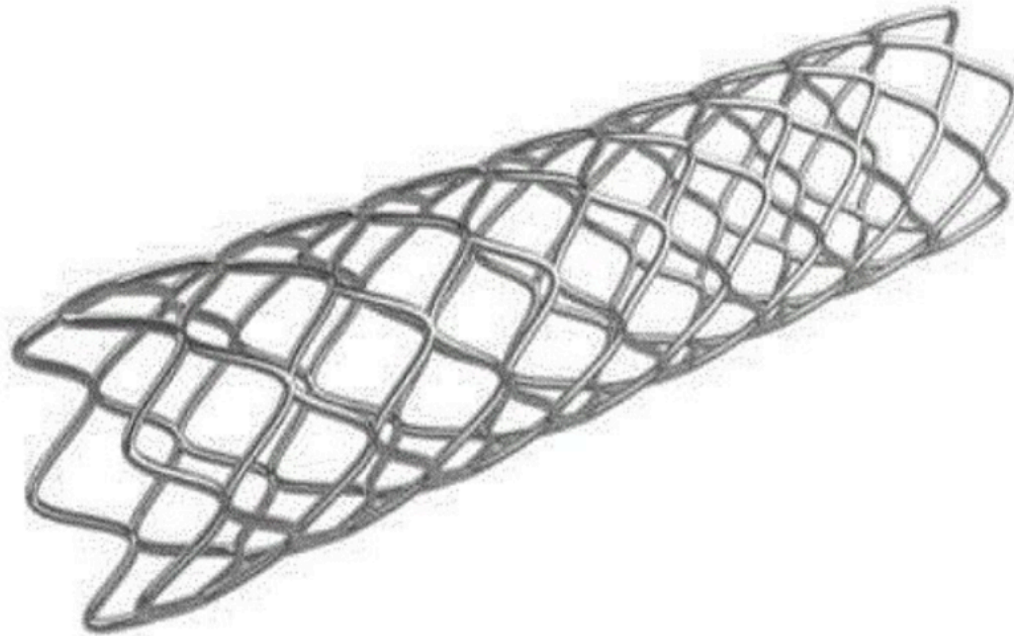


No todo se resuelve con stents

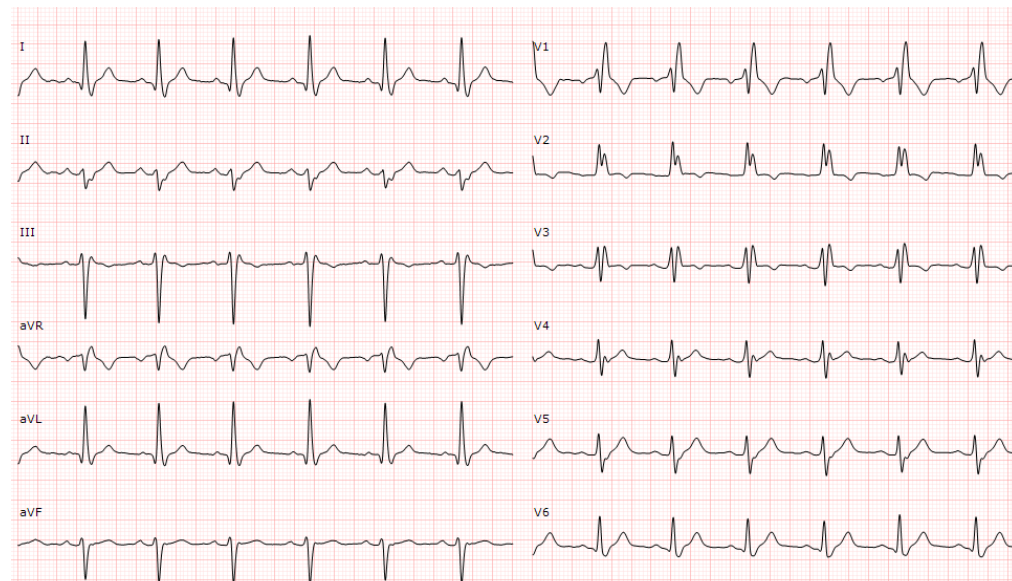


Varón de 52 años, sin alergias conocidas.  
Fumador, HTA, dislipemia como FRCV

Ingresa en hospital por episodios de dolor torácico de 2 días de evolución, de características típicas y corta duración (10'). El día del ingreso presenta dolor más prolongado, subintrante, por lo que acude a centro de salud.

EF: Anodina TA 150/105 mmHg.

ECG :

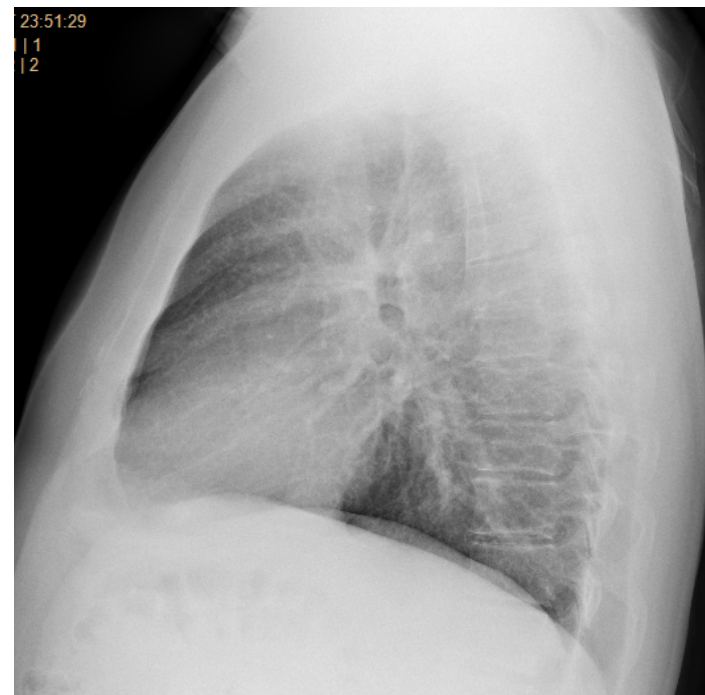
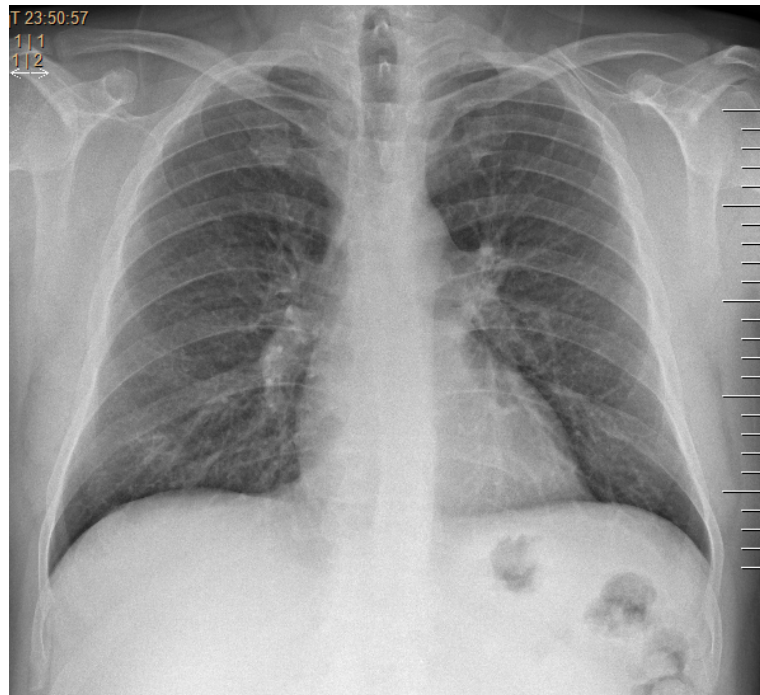


Se deriva a urgencias de nuestro centro donde:

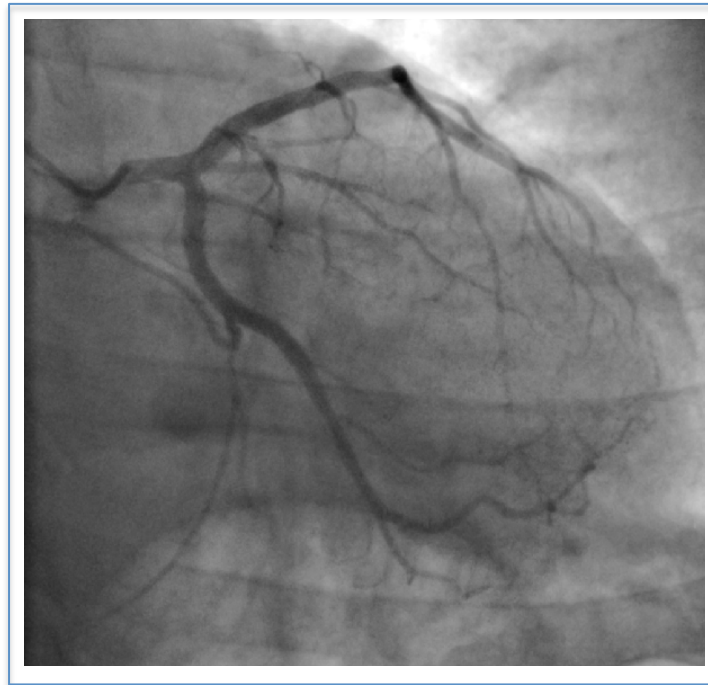
ECG sin cambios evolutivos

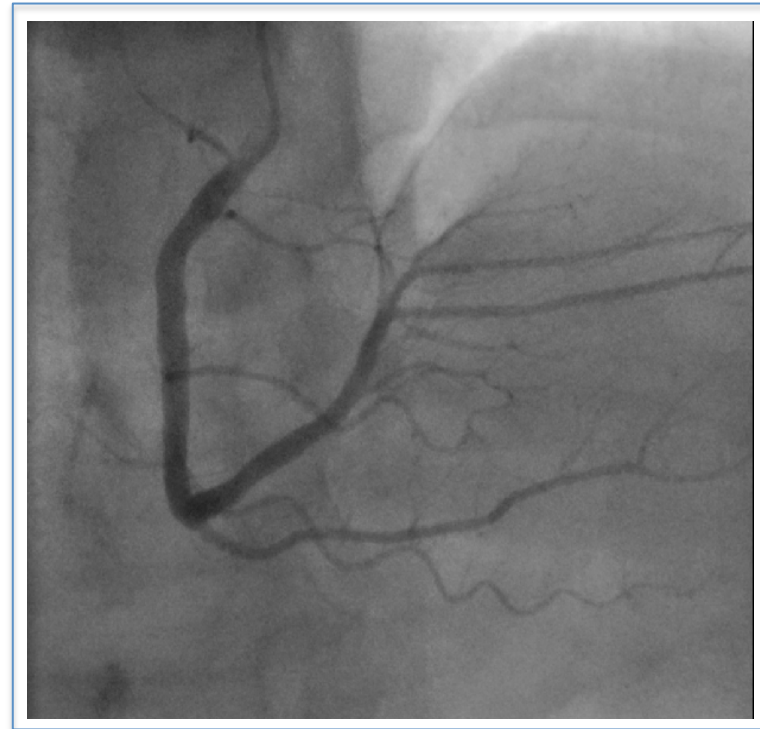
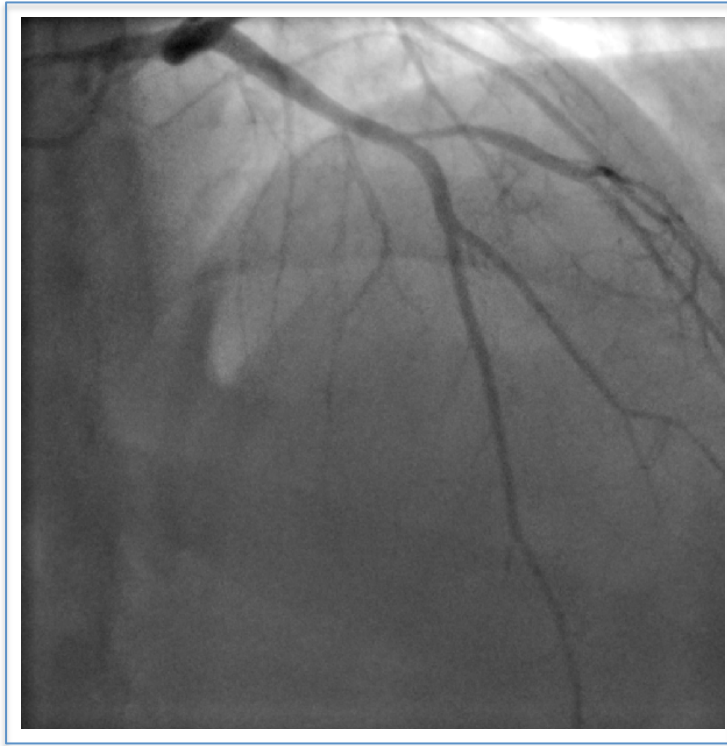
Analítica: TnI 1,0 mg/dl. CPK 132 U/l

Rx tórax: dentro de normalidad



Se orienta como SCASEST, iniciándose tratamiento de doble antiagregación y anticoagulación, solicitándose cateterismo cardiaco en las primeras 24 horas.





Se informa como lesión moderada en primera diagonal.

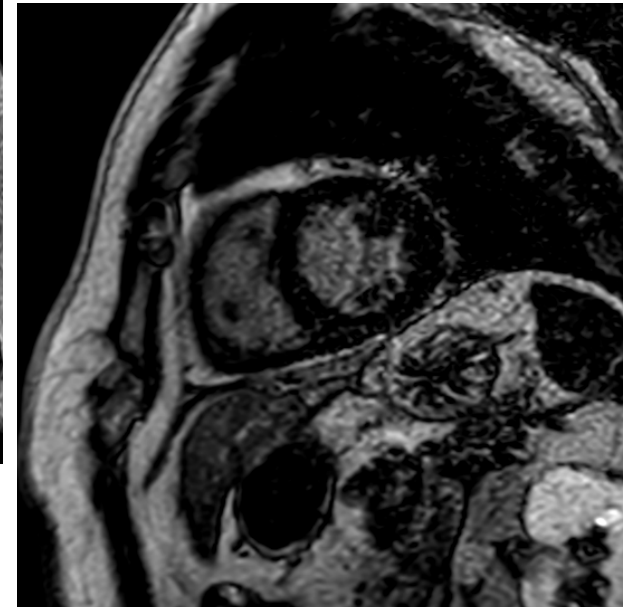
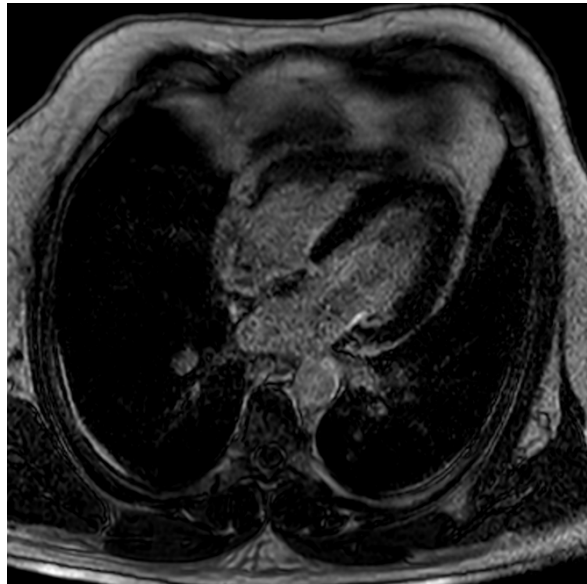
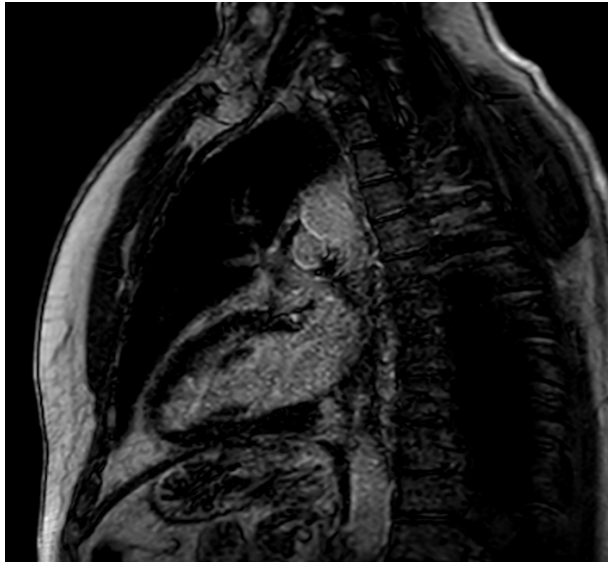
El paciente es dado de alta hospitalaria con el diagnóstico de MINOCA vs miocarditis aguda.  
Tratamiento al alta: doble antiagregación , betabloqueante, estatina e IECA

El paciente es dado de alta hospitalaria con el diagnóstico de MINOCA vs miocarditis aguda.

Tratamiento al alta: doble antiagregación , betabloqueante, estatina e IECA

Se programa una cardiorresonancia ambulatoria para completar estudio.

Cardiorresonancia realizada al mes del ingreso hospitalario



Estudio tras la administración de contraste: En fase tardía tras la administración de contraste no se observa captación miocárdica patológica.

#### CONCLUSION

Sin hallazgos patológicos en el momento actual.

A los 6 meses del ingreso previo, acude nuevamente a urgencias por episodios (3) de dolor torácico, en esta ocasión en relación con esfuerzo físico.

El paciente desde ingreso previo se había mantenido asintomático.

Las prueba realizadas en urgencias son similares a las realizadas en el ingreso previo  
ECG y Rx tórax

Analítica: Tnl 0.07 mg/dl. Dímeros D 308 mg/l

Ingresas en planta de hospitalización para estudio.

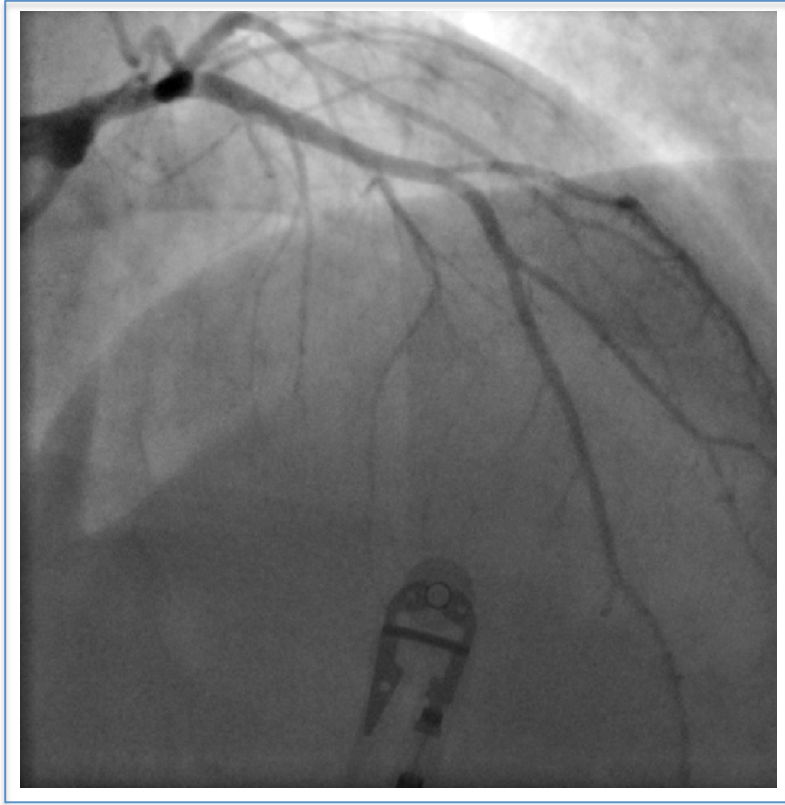
Telemetría 72 horas: sin hallazgos

Se realiza ergometría convencional:

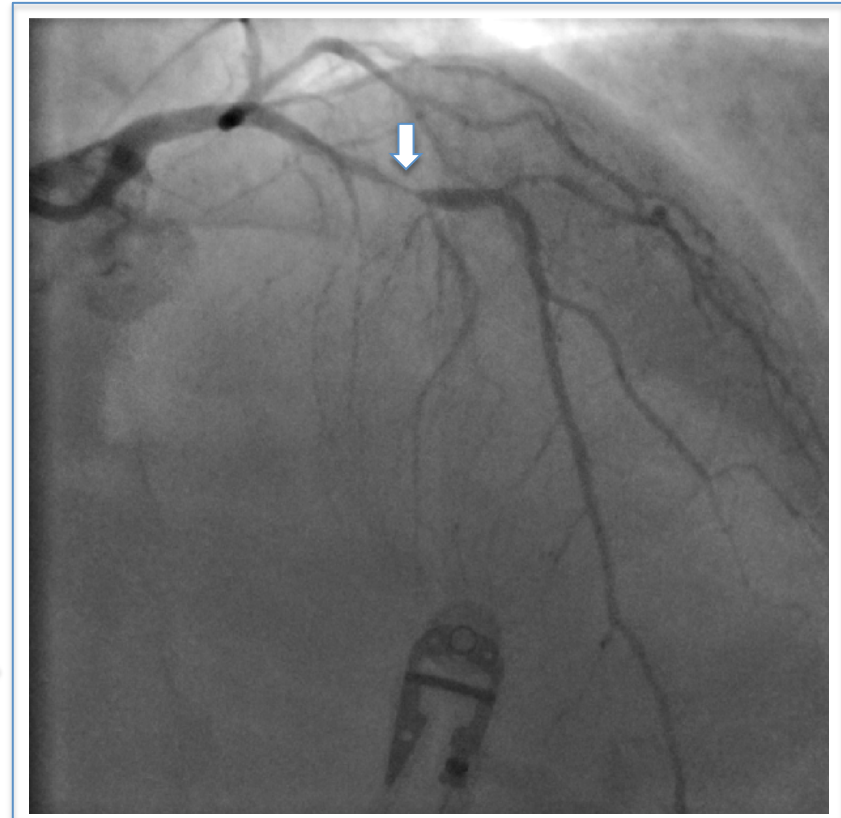
Realiza 8'51". Alcanza 145 lpm (86% de FCM). Submáxima negativa



Se repite coronariografía con vistas a realizar test de ergonovina



0,05 mcg ergonovina ic



El paciente es dado de alta hospitalaria con tratamiento médico :

\* Trinomia 1-0-0 (AAS-atorvastatina-ramipril 100-20-2,5 mg)

\* Nifedipino 30 mg 1 cp cada 12 horas

Buena evolución clínica a los 6 meses de seguimiento