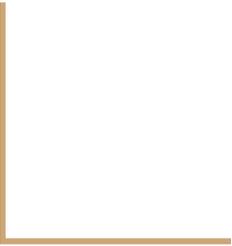




MINOCA

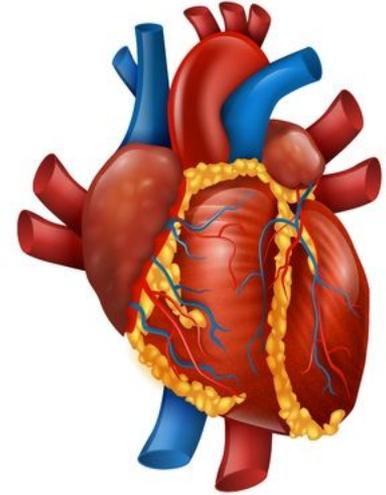
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN LESIONES CORONARIAS OBSTRUCTIVAS



María Gil Pradas
Residente de 2º año de Medicina Interna

ÍNDICE

- Introducción y epidemiología
- Causas específicas
- Criterios diagnósticos
- Diagnóstico y manejo
- MINOCA vs INOCA
- Caso clínico



INTRODUCCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

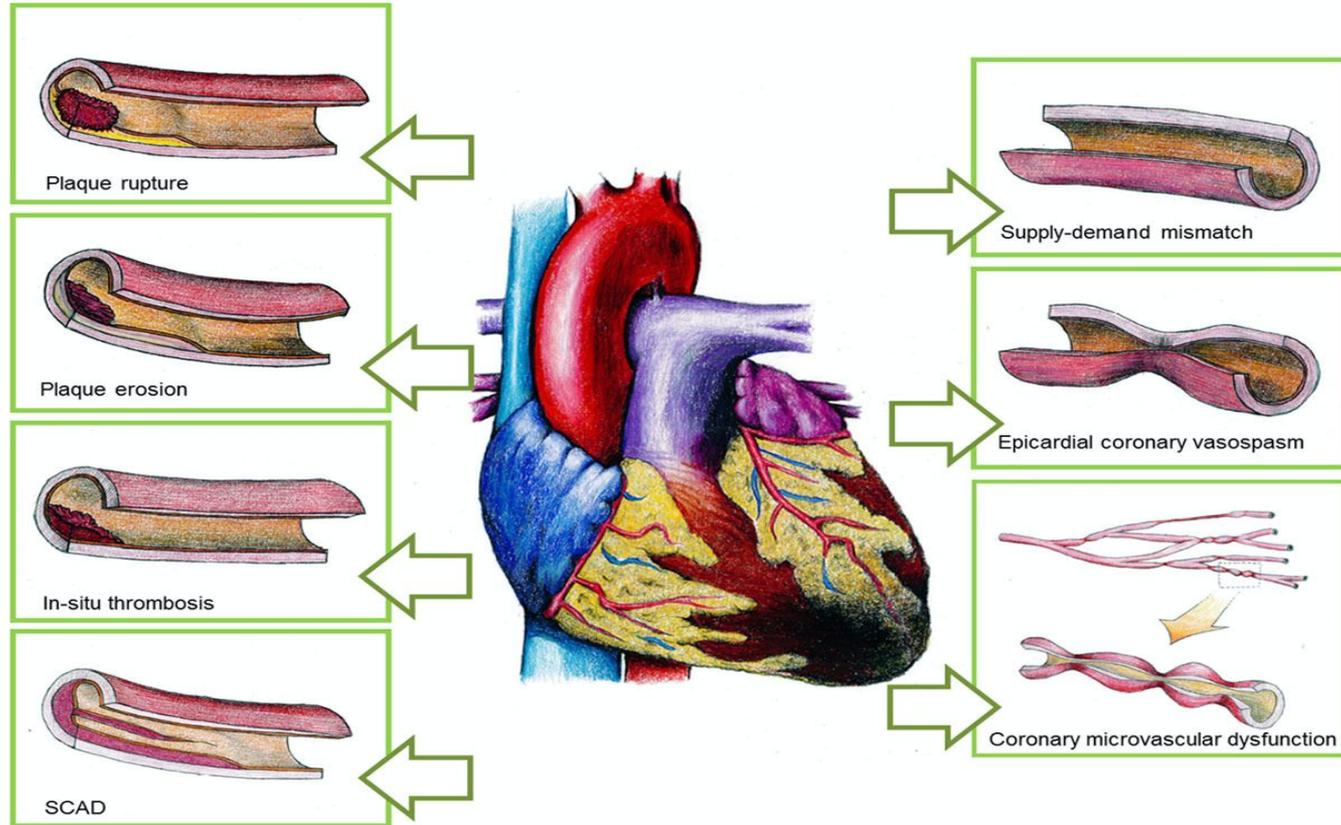
MINOCA: Documentación clínica de infarto agudo de miocardio junto a la demostración de arterias coronarias sin lesiones obstructivas significativas

Epidemiología:

1-14%

- Mujeres
- Edad comparativamente menor que en la enfermedad coronaria obstructiva
- Mayor frecuencia en estados de hipercoagulabilidad
- Menos factores de riesgo cardiovascular para la enfermedad coronaria
- Menos frecuencia de anomalías del segmento ST en el ECG.

CAUSAS



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

1) CRITERIOS IAM:

- a) Ascenso o descenso de los valores seriados de troponina cardiaca, con al menos un valor mayor al p99 de la normalidad
- b) Evidencia clínica de infarto por al menos uno de los siguientes indicadores
 - Síntomas de isquemia
 - Cambios isquémicos en el ECG
 - Desarrollo de ondas Q patológicas
 - Pruebas de imagen con nueva pérdida de miocardio visible
 - Trombo intracoronario evidente en angiografía o en autopsia

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

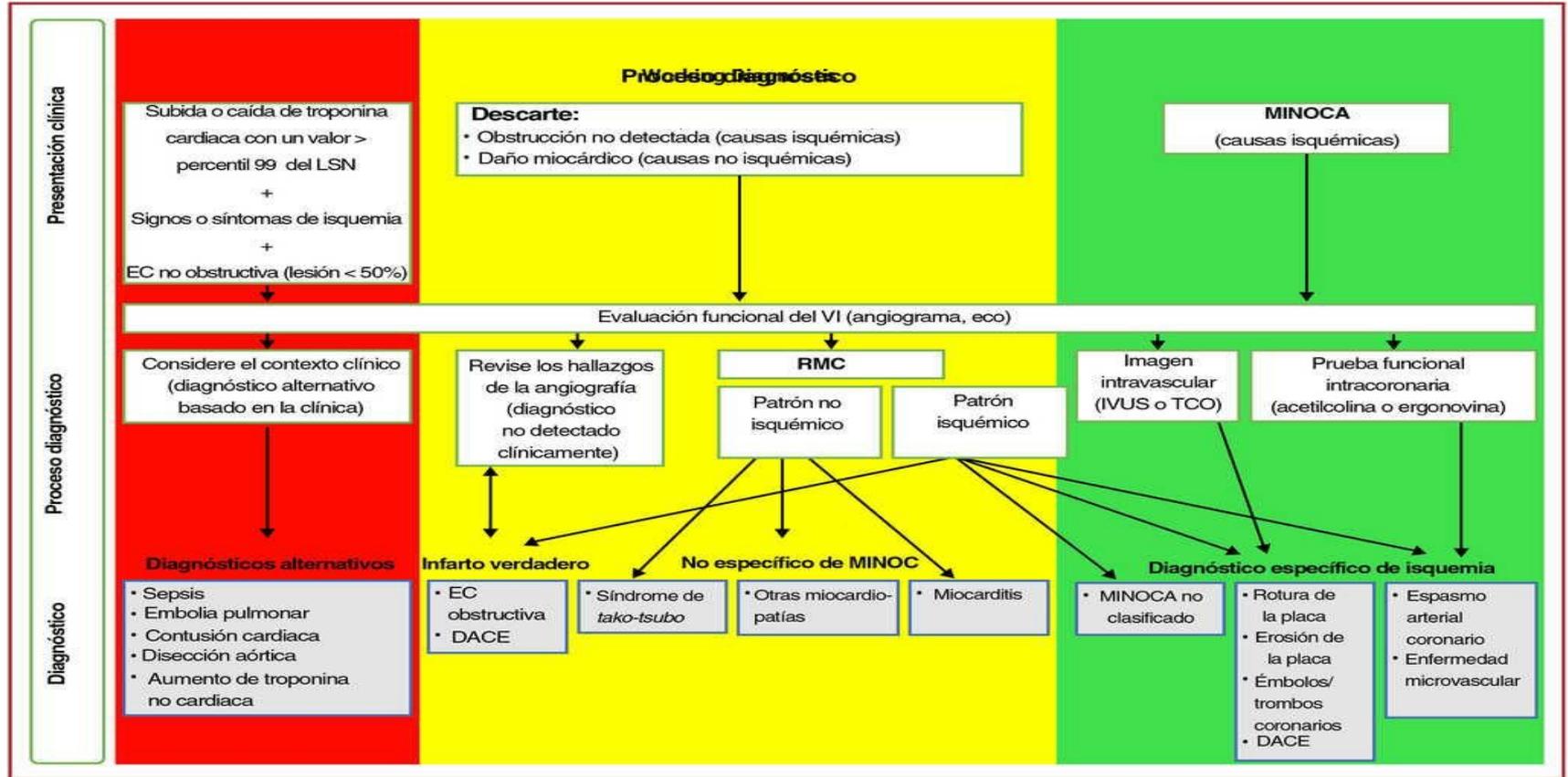
2) Ausencia de enfermedad coronaria obstructiva significativa en angiografía

- Arterias coronarias normales <30 % estenosis.
- Ateromatosis coronaria leve (estenosis >30% pero <50%)

3) Ausencia de causa clínica específica para presentación aguda: descartar sepsis, tromboembolismo pulmonar, miocarditis y síndrome de takotstubo.

Disrupción de la placa	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de la angiografía - IVUS u OCT 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia antiagregante - Estatinas
Vasoespasmismo coronario	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución con vasodilatadores coronarios - Test de provocación de espasmo con ergonovina o acetilcolina intracoronarias 	<ul style="list-style-type: none"> - Calcioantagonistas - Considerar estatinas
Disfunción microvascular coronaria	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión angiografía - Prueba funcional microvascular coronaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Antianginosos
Embolismo o trombosis coronaria	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión angiografía - IVUS u OCT 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia antiagregante o anticoagulante
Diseccción coronaria espontánea	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión angiografía - IVUS u OCT 	<ul style="list-style-type: none"> - AAS +/- clopidogrel - BB
MINOCA etiología desconocida		<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento como scasest

DIAGNÓSTICO



MINOCA vs INOCA

INOCA: Isquémica miocárdica sin lesiones obstructivas significativas en las arterias coronarias

Sospecha clínica (dolor tipo angina) y evaluación multimodal (angiografía, ecocardiografía, RMNc)



Lograr confirmación objetiva descartando lesiones obstructivas o significativas en contexto de **síndrome coronario crónico**

Etiología:

- Angina vasoespástica epicárdica
- Angina microvascular

CASO CLÍNICO

Mujer 67 años.

Antecedentes médicos:

- Hipotiroidismo en tratamiento con eutirox
- Ansiedad

FRCV: Exfumadora desde hace 5 años.

No hipertensión arterial, no dislipemia, no diabetes mellitus

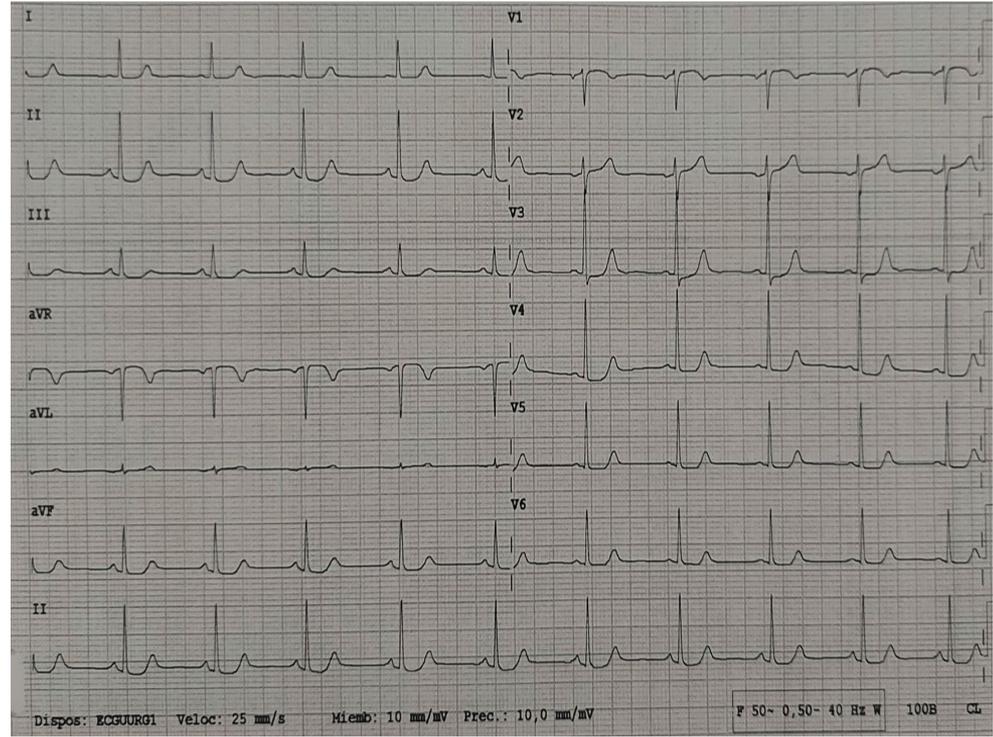
Motivo de consulta: Dolor centrotorácico intenso en relación con el esfuerzo, irradiado a espalda y hombros el día anterior que cedió con la toma de diazepam.

El día del ingreso presentó un nuevo episodio de dolor torácico irradiado a espalda y hombros, tras la comida. Sin cortejo vegetativo asociado, ni disnea ni palpitaciones.



CASO CLÍNICO

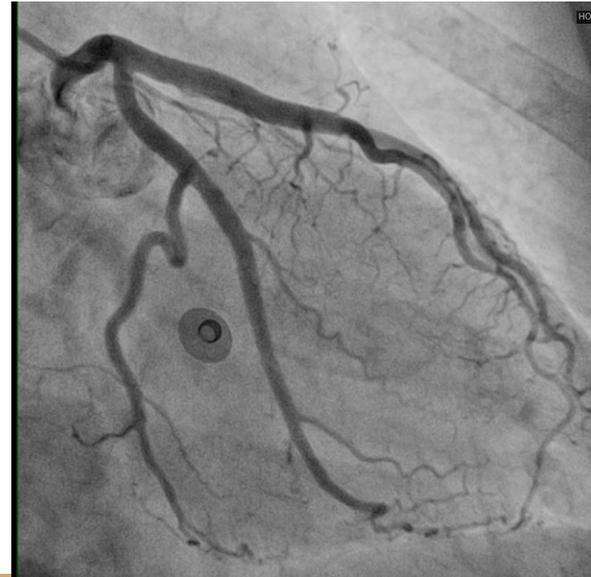
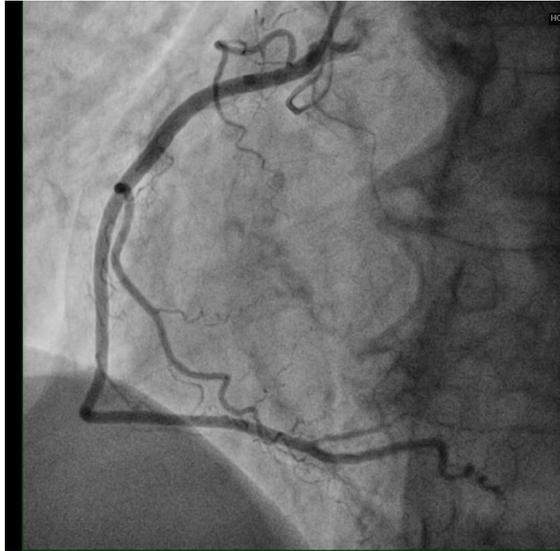
- ECG
- A/s Hemograma y coagulación normal
- Bioquímica con función renal conservada e iones en rango.
- Seriación Troponinas:
115 -> 1470- - >6641 (En urgencias) -> 12.169 ->7617
->1116 -> 411
- Radiografía de tórax sin alteraciones significativas



CASO CLÍNICO

Durante el ingreso en UCI se realiza cateterismo cardiaco:

- Arterias coronaria epicárdicas sin lesiones
- Ventriculografía izquierda con función sistólica conservada que sugiere hipertrofia ventricular izquierda

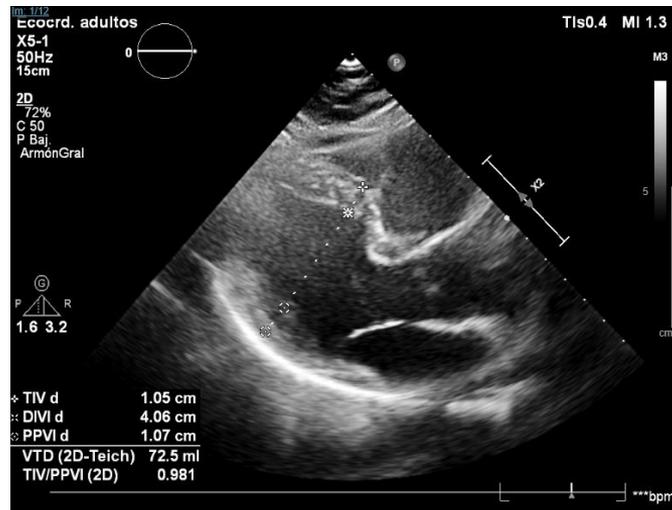


CASO CLÍNICO

Ante la estabilidad clínica y ante la ausencia de lesiones angiográficas y de complicaciones agudas se decide el alta a planta de Medicina Interna para continuar estudio

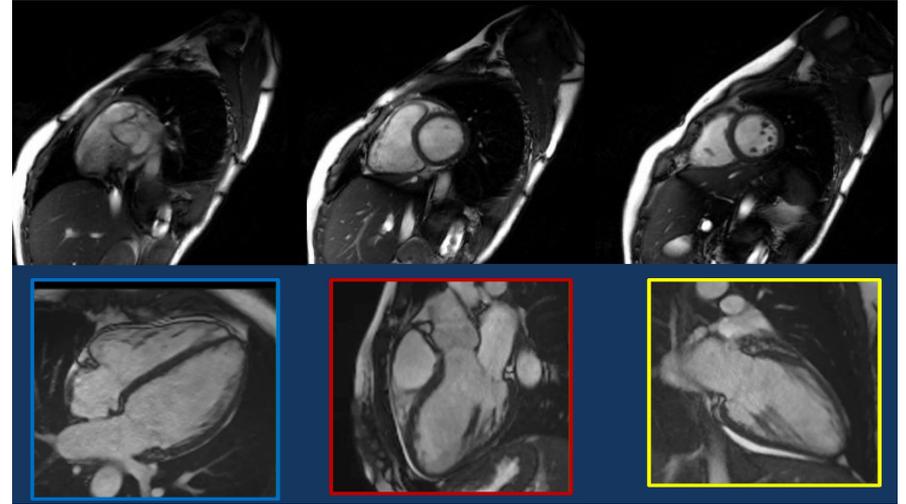
En sala MI se solicita ecocardiocardiografía y RMN cardiaca

- Ecocardio: VI normal, IM ligera e IT mínima. VD normal. Ausencia de derrame y de signos de aumento de presión venosa central (foto)



CASO CLÍNICO

RMNc: patrón sugerente de cardiopatía isquémica con edema transmural hipoquinesia y ausencia de captación de contraste en segmento infero-lateral medial (infarto abortado)



Al alta: tratamiento con doble antiagregación con AAS y Clopidogrel durante al menos un año + simvastatina 20

Control en consultas externas de Cardiología

Biobliografía

- Tamis-Holland, J. E., Jneid, H., Reynolds, H. R., Agewall, S., Brilakis, E. S., Brown, T. M., Lerman, A., Cushman, M., Kumbhani, D. J., Arslanian-Engoren, C., Bolger, A. F., Beltrame, J. F., & American Heart Association Interventional Cardiovascular Care Committee of the Council on Clinical Cardiology; Contemporary diagnosis and management of patients with Myocardial Infarction in the absence of obstructive coronary artery disease: A scientific statement from the American heart association. *Circulation*, 139(18), e891–e908.
- *Boletín No. 148 - Descifrando la isquemia miocardica sin lesiones obstructivas: INOCA (Ishaemia Non-Obstructive Coronary Arteries)*. (2020, agosto 12). Org.co.
<https://scc.org.co/boletin-no-148-descifrando-la-isquemia-miocardica-sin-lesiones-obstructivas-inoca-ishaemia-non-obstructive-coronary-arteries/>
- Collet, J.-P., Thiele, H., Barbato, E., Barthélémy, O., Bauersachs, J., Bhatt, D. L., Dendale, P., Dorobantu, M., Edvardsen, T., Folliguet, T., Gale, C. P., Gilard, M., Jobs, A., Jüni, P., Lambrinou, E., Lewis, B. S., Mehilli, J., Meliga, E., Merkely, B., ... Siontis, G. C. M. (2021). Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Revista española de cardiología*, 74(6), 544.e1-544.e73.
- Ache, D. Y., Guamán, C., Viñole, L., & Vignolo, G. (s/f). *Infarto agudo de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas - MINOCA: un enigma para el cardiólogo clínico*. Org.uy. Recuperado el 10 de noviembre de 2021, de https://www.suc.org.uy/revista/v35n1/pdf/rcv35n1_11.pdf