

# MINOCA: El infarto inesperado detrás de un dolor lumbar y cefalea

Marcelo Alvarado Medrano(a), Richard López Mendoza(b), Eduardo Barrio Núñez(b)  
(a) Posgrado Cardiología Hospital Alcívar, (b) Médico tratante de Cardiología Hospital Alcívar

## ANTECEDENTES

El MINOCA, o infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas, es una condición que se diagnostica cuando hay injuria miocárdica, pero no presenta obstrucciones significativas en las arterias coronarias (1) (2). Representa entre el 6 y el 8% de todos los infartos de miocardio, y es más común en mujeres (3). El diagnóstico de esta afección requiere descartar otras causas de daño miocárdico e identificar el mecanismo subyacente (4). El tratamiento del MINOCA es un desafío debido a la variedad de causas posibles. Las estrategias de tratamiento actuales se basan en las pautas para el infarto de miocardio con enfermedad coronaria obstructiva (5). En general, los pacientes con MINOCA tienen un mejor pronóstico que aquellos con infarto de miocardio por enfermedad de las arterias coronarias (6). Sin embargo, el pronóstico puede variar dependiendo de la causa subyacente (7)

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 34 años con antecedente de litiasis renal que ingresó con dolor lumbar intenso, parestesias en miembro inferior derecho, cefalea e hipertensión arterial (230/120 mmHg).

- ❖ ECG: infra ST en V2 hasta V6, DII, DIII, AVF.
- ❖ Troponinas I: < 0,1 - 15,1 - 4,7 - 3,0 - 1,36
- ❖ Troponina T: < 3,0 - 772 - 331 - 245 - 238
- ❖ Ecocardiograma: hipocinesia del septum medio apical, pared anterior, lateral e inferior basal.
- ❖ Cinecoronariografía: no se evidencian lesiones angiográficas significativas (FIG 1).
- ❖ Resonancia magnética de columna: tumor medular a nivel de T8 a T10.

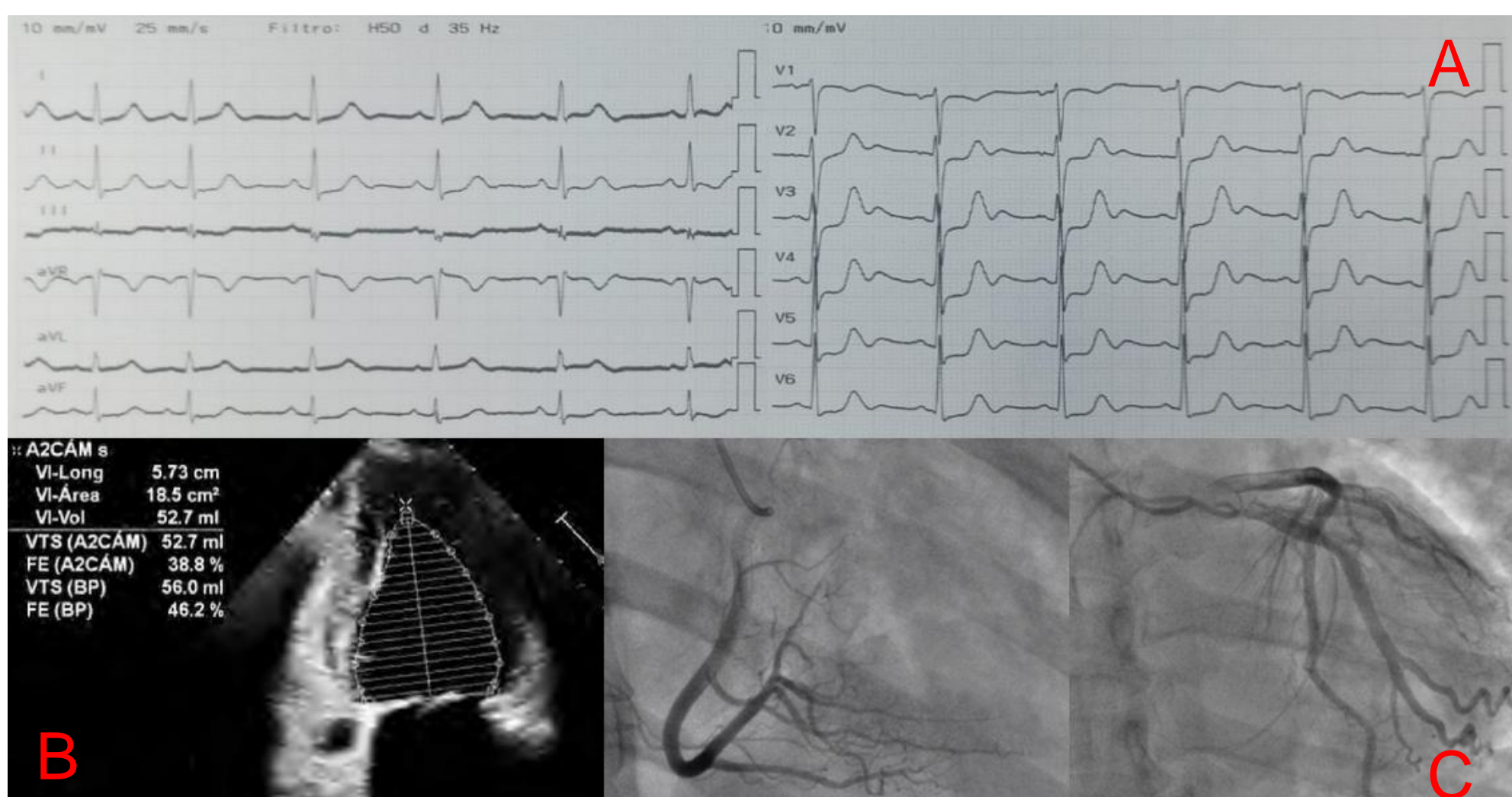


FIGURA 1: En el ecg se evidencia infra st desde V2 hasta V6 y en cara inferior (A), en el ecocardiograma se reportaron trastornos de la contractilidad y fracción de eyección del 46% (B), en la cinecoronariografía no se observaron lesiones angiográficas significativas (C).

## Seguimiento a las 2 semanas:

- ❖ ECG: Normal.
- ❖ Troponinas I y T: negativas.
- ❖ Ecocardiograma: sin trastornos de contractilidad (FIG 2).

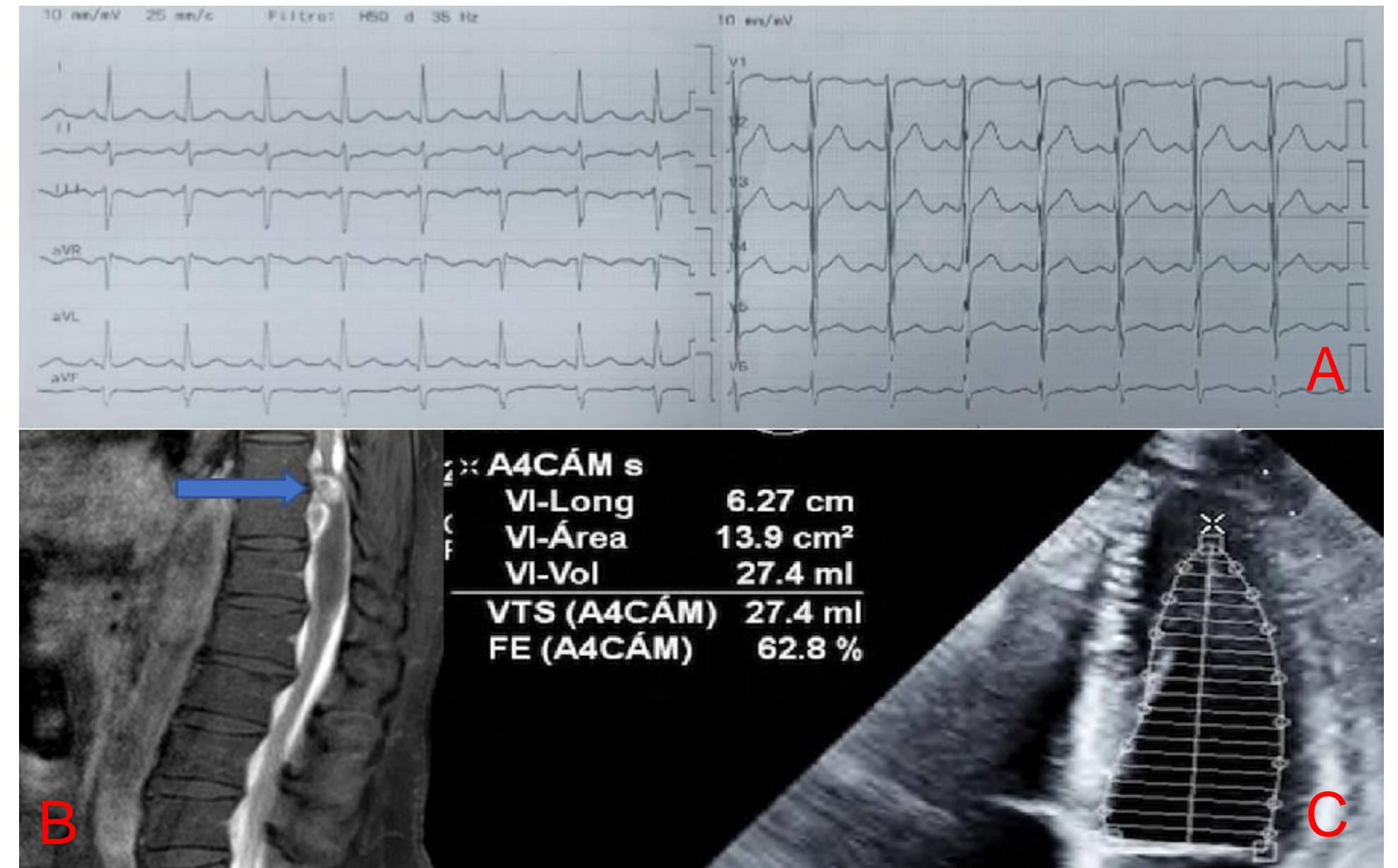


FIGURA 2: El ecg a las 2 semanas de seguimiento se evidencia normal (A), así como el ecocardiograma donde no se evidencian trastornos de la contractilidad y fracción de eyección del 63% (C), en la resonancia de columna se observa masa hiperintensa a nivel de T8 a T10 (B).

La paciente fue sometida a extirpación del tumor, el cual fue reportado en la histología como astrocitoma medular grado I.

## DISCUSIÓN

El sexo femenino y el estrés fisiológico aumentan el riesgo de padecer MINOCA (8), si bien no hay datos directos de relación entre un tumor medular e infarto de miocardio, se pueden plantear hipótesis en mecanismos compartidos como el estrés fisiológico causado por el dolor intenso que libera catecolaminas y cortisol, lo que podría precipitar un espasmo coronario o disección arterial (9). En una revisión, Balanescu que en pacientes con cáncer las causas específicas de IAM son: la quimioterapia, disrupción de placa, vasoespasmo, disfunción endotelial, el estado pro inflamatorio y desajuste de oxígeno (10). No se encontró en la literatura algún caso reportado de astrocitoma medular como causa de MINOCA, por lo que se necesitan más estudios para explorar esta relación.

## CONCLUSIÓN

Nuestro caso sugiere que, en pacientes con MINOCA, el algoritmo diagnóstico debe expandirse más allá del corazón y considerar patología medular o cerebral como etiología de una inestabilidad vasomotora fatal.

**“ El MINOCA no es un diagnóstico, es el inicio de una investigación”.**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pustjens TFS, Vranken NPA, Hermanides RS, Rasoul S, Ottervanger JP, Van't Hof AWJ. Desentrañando la multitud de etiologías en el infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas. Am J Cardiol	6. Reynolds HR, Smilowitz NR. Myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries. Annu Rev Med [Internet]. 2023;74(1):171-88.
2. Dreyer RP, Tavella R, Curtis JP, Wang Y, Pauspathy S, Messenger J, et al. Infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas en comparación con infarto de miocardio y enfermedad coronaria obstructiva: resultados en una población de Medicare. Eur Heart J	7. Tamis-Holland JE, Jneid H, Reynolds HR, Agewall S, Brillakis ES, Brown TM, et al. 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
3. Leo I, Bisaccia G, Miaris N, Procopio MC, Licordari R, Bucciarelli-Ducci C. Imagenología de pacientes con infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas (MINOCA). Heart [Internet]. 2024;110(3):209-17.	8. Swarup S, Patibandla S, Grossman SA. Coronary artery vasospasm. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
4. Singh T, Chapman AR, Dweck MR, Mills NL, Newby DE. MINOCA: a heterogeneous group of conditions associated with myocardial damage. Heart	9. Jiang C, Xu H, Wu Y. Effect of chemotherapy in tumor on coronary arteries: Mechanisms and management. Life Sci [Internet]. 2024;338:122377.
5. Reynolds HR, Maehara A, Kwong RY, Sedlak T, Saw J, Smilowitz NR, et al. Coronary optical coherence tomography and cardiac magnetic resonance imaging to determine underlying causes of myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries in women. Circulation	10. Balanescu DV, Bloomingdale R, Donisan T, Yang EH, Parwani P, Iliescu C, et al. Mechanisms of myocardial ischemia in cancer patients: A state-of-the-art review of obstructive versus non-obstructive causes. Rev Cardiovasc Med