



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

Diagnóstico de MINOCA (infarto de miocardio con arterias coronarias sin obstrucciones significativas) en un paciente con dolor torácico: un enfoque diagnóstico a través del electrocardiograma y la resonancia magnética cardíaca

Cristina Fanarraga Vergel^{a,*}, Rebeca Hernández Román^a, Nuria Hierro Vallejo^b,
Nubia Maritza Gutiérrez Tello^c, Antonio Enciso Álvarez^c, María San Segundo Santos^d

^aCentro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. ^bCentro de Salud Pisuegra. Valladolid. ^cCentro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.

^dCentro de Salud Parquesol. Valladolid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de diciembre de 2025

Aceptado el 26 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Dolor torácico

Electrocardiograma

Descenso del ST

Ondas T negativa

Coronarias sin lesiones

MINOCA

R E S U M E N

El dolor torácico agudo no traumático constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria y puede deberse a múltiples etiologías, desde las más banales hasta algunas de ellas letales como puede ser la isquemia miocárdica. El electrocardiograma (ECG) es una herramienta diagnóstica no invasiva y accesible que nos ayuda a diagnosticar etiologías sospechadas con la ayuda de la anamnesis y la exploración física completa.

Se debe realizar una orientación clínica inicial minuciosa que permita orientar correctamente el diagnóstico ante el potencial riesgo vital que este síntoma entraña y así poder realizar una derivación adecuada al segundo nivel asistencial.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Diagnosis of MINOCA in a patient with chest pain: a diagnostic approach through electrocardiogram and cardiac magnetic resonance imaging

A B S T R A C T

Acute non-traumatic chest pain is one of the most frequent reasons for consultation in primary care and can be due to multiple etiologies, ranging from the most benign to some that are lethal, such as myocardial ischemia. The electrocardiogram is a non-invasive and accessible diagnostic tool that helps us diagnose suspected etiologies along with the patient's history and a complete physical examination.

Keywords:

Chest pain

Electrocardiogram

ST depression

Negative T waves

Coronary arteries without lesions

MINOCA

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cfanarraga@saludcastillayleon.es (C. Fanarraga Vergel).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.117>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

A thorough initial clinical evaluation should be performed to correctly guide the diagnosis, given the potential life-threatening risk this symptom entails, and thus allow for appropriate referral to a higher level of care.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Descripción del caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 64 años con múltiples antecedentes personales de interés, entre los que destacan: dislipemia, fibrilación auricular (FA) con dilatación auricular izquierda severa en tratamiento con apixabán y bisoprolol, accidente cerebrovascular isquémico cardioembólico en territorio completo de la arteria cerebral media derecha tratado con fibrinólisis y trombectomía mecánica sin secuelas posteriores, carcinoma epidermoide de pene con tratamiento quirúrgico erradicador.

Acude a consulta del centro de salud por dolor opresivo centrotorácico no irradiado, de dos horas de evolución, comenzó durante la realización de ejercicio físico (flexiones en su domicilio). No presenta cortejo vegetativo ni otros síntomas acompañantes.

Las constantes vitales y la exploración física no revelan alteraciones significativas. En el electrocardiograma (ECG, [figura 1](#)) se objetivó FA con respuesta ventricular a 60 latidos por minuto, infradesnivel del segmento ST mayor de 1 mm en derivaciones inferiores (II, III y aVF) así como en precordiales V3-V6, con rectificación en derivación I y ondas T negativas

en dichas derivaciones. Revisando ECG previos se constata la presencia de alteraciones similares en un registro realizado en agosto de 2023 ([figura 2](#)) cuando el paciente fue atendido en urgencias por una intoxicación por monóxido de carbono, en dicha ocasión no hubo datos de citólisis miocárdica.

Ante estos hallazgos, se monitoriza al paciente, extraen tubos de analítica y se activa a la unidad medicalizada de emergencias para su traslado al hospital de referencia.

En el hospital, no hubo ninguna alteración analítica salvo el valor de troponina I ultrasensible que fue de 193,4 pg/ml y ascendió hasta 2.255 pg/ml al realizar la seriación, con un pico máximo a las 6 horas de 11.676 pg/ml. Se realiza coronariografía urgente donde no se aprecian lesiones coronarias obstructivas, el ecocardiograma transtorácico (ETT) muestra hallazgos sugestivos de miocardiopatía hipertrófica apical, lo que plantea el diagnóstico diferencial entre infarto de miocardio con arterias coronarias sin obstrucciones significativas (MINOCA) y miocardiopatía Tako-Tsubo.

Finalmente, se solicita un resonancia magnética (RM) cardíaca que muestra imágenes sugestivas de infarto agudo transmural localizado en segmento lateral anterior medio con datos de obstrucción microvascular, por lo que finalmente se confirma el diagnóstico de MINOCA.



Figura 1 – Electrocardiograma realizado en el centro de salud. Se observa una fibrilación auricular a 60 latidos por minuto con eje normal, complejos QRS estrechos, infradesnivel del segmento ST junto a ondas T negativas en derivaciones de cara inferior (I, III y aVF) y en precordiales izquierdas (de V3 a V6).

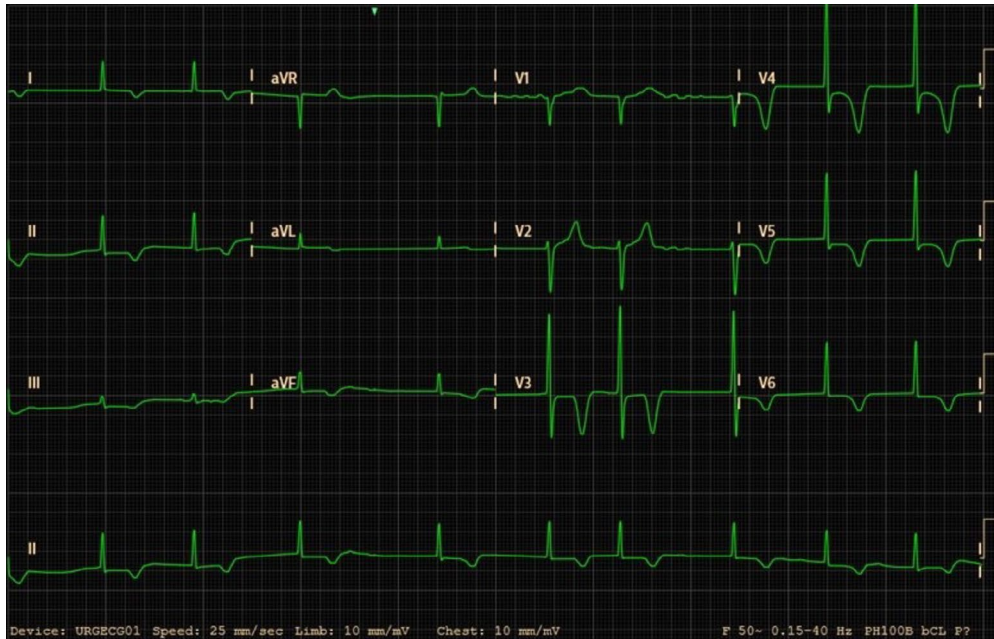


Figura 2 –
Electrocardiograma
realizado en agosto
de 2023 cuando fue
atendido en el servicio de
urgencias hospitalarias por
intoxicación con monóxido
de carbono. Se observa
una fibrilación auricular
con respuesta ventricular
controlada, eje normal, QRS
estrecho, ondas T negativas
en derivaciones de cara
inferior (II, III y aVF) así
como descenso del ST en
V3-V6.

Comentario

El dolor torácico puede deberse a multitud de etiologías, desde las más banales, como puede ser el dolor osteomuscular, hasta algunas potencialmente mortales como la embolia pulmonar, la disección aórtica, la isquemia miocárdica, el neumotórax a tensión o la rotura esofágica, entre otras.

La valoración del dolor torácico supone un reto diagnóstico debido a la amplia inervación del tórax y a la diversidad de órganos tanto torácicos como abdominales implicados. Una anamnesis detallada, exploración física completa y el uso adecuado de pruebas complementarias, especialmente el ECG y la radiografía de tórax, son fundamentales para establecer una correcta orientación diagnóstica¹.

El ECG es una herramienta diagnóstica no invasiva, coste-efectiva y accesible en la consulta de atención primaria que ayuda a confirmar el diagnóstico sospechado con la anamnesis y la exploración en casi tres cuartas partes. No obstante, debe considerarse siempre como una prueba complementaria ante un paciente con dolor torácico y no como un elemento diagnóstico aislado².

Está ampliamente descrito que las mujeres presentan con mayor frecuencia manifestaciones clínicas menos sugestivas de origen coronario que los hombres, lo que puede conducir a retrasos diagnósticos, esto puede deberse con la asignación de un patrón de “tipicidad” al hombre y a la comparación de mujeres respecto a ellos³. Por este motivo, diversos autores proponen sustituir el término “dolor torácico atípico” por “dolor torácico no cardíaco” una vez descartada esta etiología⁴.

El MINOCA afecta predominantemente a mujeres jóvenes, mientras que la miocardiopatía tako-tsubo es más frecuente en mujeres postmenopáusicas. Ambas entidades comparten manifestaciones clínicas y hallazgos iniciales, lo que dificulta mucho su diagnóstico diferencial. En este contexto, la resonancia magnética cardíaca resulta clave para establecer el diag-

nóstico definitivo, a pesar de que continúa infrautilizándose en la práctica clínica habitual⁵.

Pese a que estas entidades sean más frecuentes en mujeres, no debemos de caer en el error que se ha cometido a lo largo de la historia y sospecharlas únicamente en este grupo de población. Ya que como se ha expuesto a lo largo de este caso clínico, también puede afectar a varones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ayose Pérez M. El paciente que consulta por dolor torácico. En: Introducción a motivos de consulta más frecuentes en Urgencias. 8ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2024.
2. González González J, Criado Álvarez JJ, Molina Perdomo L, Alcocer Lanza MF. Uso del electrocardiograma en atención primaria: estudio ELAPI. *Med Gen Fam.* 2016;5(4):172-3. https://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/mgyf_V5n4_11_67.pdf
3. Miró Ò, Martínez-Nadal G, García A, López-Barbeito B, Carbó M, Placer A, et al. Factors associated with erroneous emergency department noncardiac chest pain classifications in men and women. *Emergencias.* 2022; 34:268-74. <https://doi.org/10.55633/s3me/E047.2022>
4. Sambola A, Soriano-Colomé T. Es el momento de cambiar en urgencias la evaluación del dolor torácico en la mujer. *Emergencias.* 2022;34:253-4. <https://doi.org/10.55633/s3me/E043.2022>
5. Okor I, McCullough J, Lamichhane B, Bhattarai S, Aitsebaomo J. Her heart mysteries: Minoca vs. Takotsubo cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol.* 2024;83(13):4219. [http://dx.doi.org/10.1016/s0735-1097\(24\)06209-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0735-1097(24)06209-0)