



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/406 - Cuando el dolor torácico se sale de la habitual

B. Guerrero Barranco<sup>a</sup>, D. Ámez Rafael<sup>b</sup>, M. Berenguer Callejón<sup>c</sup> y J.M. Benítez Gil<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Gangosa. Distrito Poniente. Vícar. Almería. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vícar. Distrito Poniente. Almería. <sup>d</sup>Cardiólogo. Hospital de Poniente. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 37 años, acude a nuestra consulta refiriendo "No sé qué me pasa, pero no puedo más". Antecedentes personales: alergia a amoxicilina. Fumadora de 15 cigarrillos/día. No otros factores de riesgo cardiovascular. Intervenido de prótesis mamaria bilateral. DIU hormonal. En 2012 sufrió un primer episodio de dolor torácico opresivo acompañado de disnea y palpitaciones, estando en una fiesta que cedió espontáneamente en 15-20 minutos. Motivo por el que consultó en Urgencias, catalogado de ansiedad. Tras varios meses asintomática, vuelve a comenzar con episodios de dolor torácico de características similares, en ocasiones irradiado a brazos, de inicio ante esfuerzos leves, que ceden en 10-30 minutos. Estos episodios comienzan a producirse casi a diario, dando lugar a múltiples visitas a Urgencias, con ECG sin alteraciones de la repolarización, incluso en los realizados con dolor y sin alteración de las enzimas cardíacas. La paciente nos muestra múltiples informes de alta de Urgencias con diagnósticos de dolor torácico osteomuscular, ansiedad, etc. Incluso acudió a un cardiólogo privado para realizar ecocardiografía que le dijo que todo estaba normal. Nos insiste en que se ha visto obligada a limitar muchísimo su vida por miedo al dolor, ha dejado pasear, de jugar con sus hijos y cree estar volviéndose loca, porque salvo esto refiere no tener otros problemas en su vida.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. Eupneica en reposo, Bien hidratada y perfundida. ACR: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. No edemas de miembros inferiores, ni signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, eje derecho, sin alteraciones de la repolarización. Analítica: normal incluida y TSH. Se decide derivar a Cardiología, donde se realiza: ergometría: Tiempo de esfuerzo 06:31. Se suspende el test por descenso del ST en cara inferior y precordiales izquierdas de casi 2 mm, alcanza 169 lpm, el descenso del ST se había iniciado desde mediados del estadio I, y ha tardado en recuperación situación basal. Dada la respuesta de la paciente se derivada a Urgencias para ingreso y realizar cateterismo cardíaco con diagnóstico de Milking en coronaria descendente anterior.

**Juicio clínico:** El puente intramiocárdico es una alteración congénita producida por un segmento de arteria coronaria que discurre intramiocárdico, con cada sístole se produce una estenosis de la luz vascular, llegando incluso a colapsar la arteria (fenómeno de ordeñamiento o milking).

**Diagnóstico diferencial:** Ansiedad. Dolor torácico osteomuscular. Angina de Prinzmetal.

**Comentario final:** El puente intramiocárdico presenta una incidencia del 5 al 25%, aunque su incidencia en estudios autópsicos se eleva hasta 85%. A pesar de estas cifras y la potencial gravedad para el paciente no

aparece como diagnóstico diferencial de dolor torácico en la bibliografía médica habitual. Aunque lo más importante como médicos generalistas es la importancia de escuchar a los pacientes, sobre todo cuando la consulta supone una limitación tan grave para su vida diaria como ocurría con nuestra paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Husmann L, Nkoulou R, Wolfrum M, Kaufmann PA. Myocardial bridging causing infarction and ischaemia. *Eur Heart J*. 2011;32:790.
2. Hostiuc S, Curca GC, Dermengiu D, et al. Morphological changes associated with hemodynamically significant myocardial bridges in sudden cardiac death. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2011;59:393.