



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

B. Guerrero Barranco^a, D. Ámez Rafael^b, M. Berenguer Callejón^c y J.M. Benítez Gil^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Gangosa. Distrito Poniente. Vícar. Almería. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vícar. Distrito Poniente. Almería. ^dCardiólogo. 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. Intervenida 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.