



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3237 - Angor hemodinámico, a propósito de un caso

A. García Martínez<sup>a</sup>, N. Otero Cabanillas<sup>b</sup>, A. Azagra Calero<sup>c</sup>, A. Aldama Martín<sup>d</sup>, P. Bermúdez Martí<sup>e</sup>, M. Flores Ortega<sup>f</sup>, J.L. Cepeda Blanco<sup>g</sup>, L. Alli Alonso<sup>h</sup>, M. Montes Pérez<sup>h</sup> y J. Andino López<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Guadalajara. <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 66 años que acude a Urgencias por episodios repetidos en las últimas 24 horas de dolor centrotorácico irradiado a brazo izquierdo desencadenados con esfuerzos mínimos acompañados de palpitaciones y disnea. Cuadro de una semana de evolución de astenia, anorexia y coloración amarillenta muco-cutánea. Pérdida de unos 10 kg de peso en los últimos meses. Niega sangrados evidentes. AP: HTA, leucemia linfocítica crónica (sin tratamiento hasta el momento), celiaquía, cefalea migrañosa y tensional crónica. Tratamiento habitual: Valsartán, Adiro y Antalgin.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámica y respiratoriamente estable. Afebril. Consciente y orientada. Palidez mucosas, ictericia, bien nutrida, hidratada y perfundida. CyC: adenopatías palpables laterocervicales, supraclaviculares y axilares bilaterales. AC: rítmica sin soplos. AP: MVC. Abdomen: blando, no doloroso, sin masas ni megalias palpables, RHA+. EEII: no edemas ni signos de TVP, pulsos+. CG: RS a 90 lpm, PR normal, QRS estrecho, eje normal, infradesnivelización segmento ST en derivaciones precordiales anterolaterales (v3-v6), onda T normal. Analítica: hemograma:leucocitos = 69.700 (S: 7,2%, L: 90,8%), Hb = 6,6, Hto = 20,9, VCM = 115, plaquetas = 241,00. Bioquímica:glucosa = 113, urea = 32, creatinina = 0,90, FG = 67, iones = normales, BiT = 2,3, BD = 0,4, PFH = normales, LDH = 384. Perfil anemia = normal. Coagulación = normal. Troponinas = 0,00. Coombs directo = +(IgG y complemento), TC corporal: adenopatías cervicales, supraclaviculares, axilares, mediastínicas, ilíacas e inguinales (similar a TC previo).

**Juicio clínico:** Angor hemodinámico secundario a anemia hemolítica autoinmune asociada a LLC.

**Diagnóstico diferencial:** Cardiopatía isquémica: angina inestable/SCASEST.

**Comentario final:** El angor hemodinámico secundario a anemia se produce por la falta de aporte de oxígeno al miocardio, al disminuir la masa eritrocitaria y la hemoglobina y consecuentemente la capacidad de transporte de oxígeno. La anemia hemolítica autoinmune (AHAI) se debe a la existencia de autoanticuerpos contra antígenos presentes en la membrana eritrocitaria del paciente provocando acortamiento de su vida media. Su incidencia es baja, suelen ser primarias/idiopática o secundarias a infecciones virales, neoplasias linfoides o enfermedades autoinmunes sistémicas. Su diagnóstico se basa en hallazgos analíticos

compatibles: reticulocitosis, policromatofilia hiperbilirrubinemia (indirecta), aumento LDH, disminución haptoglobina y hemoglobinuria + Coombs directo+, y su tratamiento depende de la clínica del paciente y de la causa. La LLC es un tipo de síndrome linfoproliferativo crónico (SLPC) con expresión leucémica caracterizado por la progresiva acumulación de linfocitos incompetentes que infiltran la médula ósea, los tejidos linfáticos y otros órganos, impidiendo su correcto funcionamiento. Los pacientes con esta enfermedad, desarrollan frecuentemente complicaciones asociadas a disfunción intrínseca del sistema inmune (infecciones y trastornos autoinmunes). La AHAI es una complicación común en su curso evolutivo, con una incidencia de entre 4-10%, y su tratamiento consiste en trasfundir (si síntomas  $\pm$  quimioterapia. Esto fue lo que se hizo con nuestra paciente lográndose una estabilización de la anemia y la resolución de la sintomatología cardíaca.

## Bibliografía

1. López Martín M. Anemias hemolíticas autoinmunes. Medicina General. 2010;127:186-91.

*Palabras clave:* Angor hemodinámico. Anemia. LLC.