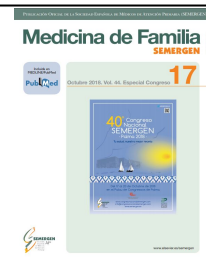




# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/4642 - LA FATIGA QUE NO SE PASA...

M. Montes Belloso<sup>a</sup>, E. Arranz Martínez<sup>b</sup>, M. Rivera Teijido<sup>c</sup> y D. Palacios Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Blas. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 59 años de edad sin factores de riesgo cardiovascular con antecedentes de estenosis de canal lumbar y cefalea de largo tiempo de evolución. Comienza hace 8 años con episodios de cansancio extremo sin pérdida de conocimiento ni cortejo vegetativo, con registro en electrocardiograma de bradicardia sinusal y falta de taquicardización con los esfuerzos, con estudio cardiológico normal. Dada persistencia de sintomatología, se deriva a Medicina Interna, quien tras estudio exhaustivo, cataloga el cuadro de astenia de carácter funcional. En todo este tiempo la paciente ha sido diagnosticada de hipertensión arterial, nódulo mamario en seguimiento, lumbalgia crónica, fibromialgia, síndrome de apnea del sueño leve y se encuentra en seguimiento por la Unidad de Patología Médica Funcional por astenia y bruxismo. En los últimos 12 meses, continua con astenia y mareo tras ejercicio, que le obliga a guardar reposo y asocia palpitaciones ocasionales, por lo que se deriva de nuevo a Cardiología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Holter, ECG y ecocardiograma transtorácico normales. Prueba de esfuerzo positiva clínicamente con angor desde el final del segundo estadio. Se realiza coronariografía programada que muestra salida anómala de coronaria media desde el PL. Coronaria derecha (CD) y circunfleja (CX) sin lesiones significativas. No se logra sondar tronco coronario izquierdo (TCI) ni descendente anterior (DA). Acceso radial derecho. En cardioTAC: anomalía coronaria congénita. Atresia de TCI. CD dominante. Hipoplasia de segmentos proximales de DA y CX. Circulación colateral heterocoronaria al sistema izquierdo.

**Orientación diagnóstica:** Atresia de Tronco Coronario Izquierdo.

**Diagnóstico diferencial:** Cardiopatía isquémica, angor, anomalías cardíacas congénitas.

**Comentario final:** El hallazgo de la atresia coronaria izquierda es infrecuente y normalmente asintomático hasta edades avanzadas. El TAC cardíaco supone un avance en el diagnóstico. Habría que individualizar la estrategia terapéutica en función de factores de riesgo, de la situación clínica y de la existencia de isquemia miocárdica; siendo la revascularización quirúrgica la medida más adecuada en la mayoría de los casos.

### Bibliografía

1. Yajima S, et al. Redo coronary bypass grafting for congenital left main coronary atresia: a case report. J Cardiothorac Surg. 2017;12(1):26.

**Palabras clave:** Anomalía arteria coronaria. Atresia TCI. Bypass coronario.