



SITUACIÓN CLÍNICA

Anemia como causa de ángor hemodinámico en el paciente con cardiopatía isquémica crónica

I. Miguéns Blanco^{a,*} y M. Bravo Amaro^b

^a MIR MFyC, Hospital Xeral-Cies, Vigo, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Meixoeiro, Vigo, España

Recibido el 7 de noviembre de 2012; aceptado el 12 de febrero de 2013

Disponible en Internet el 6 de junio de 2013

PALABRAS CLAVE

Disnea;
Isquemia miocárdica;
Circulación coronaria

KEYWORDS

Dyspnea;
Myocardial
ischaemia;
Coronary circulation

Resumen La cardiopatía isquémica es la primera causa de mortalidad y una de las primeras de morbilidad en España. La variabilidad de la presentación clínica de esta entidad, tanto en el ámbito de la atención primaria como en servicios de urgencias, requiere una detenida anamnesis y una exhaustiva exploración física. En el caso que presentamos, el ángor y la disnea como síntoma principal referido en la anamnesis y la palidez obvia en la exploración física han sido datos clave para identificar el ángor y la disnea como síntomas de hipoperfusión miocárdica secundaria a anemia.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Anaemia as a cause of haemodynamic angina in a patient with chronic ischaemic heart disease

Abstract Ischaemic heart disease is the leading cause of mortality and morbidity and one of the primary causes of morbidity in Spain. The variability in the clinical presentation of this condition at both primary care and emergency services level requires a careful history and a thorough physical examination. In the case presented, the main symptoms of angina and dyspnea reported in the anamnesis, and the obvious pallor in the physical examination, were the key data to identify anaemia as a cause of angina.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La cardiopatía isquémica es una de las principales causas de muerte prematura en los países occidentales. Cerca de un millón de personas al año sufren al menos un episodio anginoso, estimándose su tasa de morbilidad hospitalaria superior a los 366 por 100.000 habitantes. Con los datos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Iria.miguens@hotmail.com
(I. Miguéns Blanco).

descritos, se ha hecho necesaria la protocolización del manejo entre los diferentes niveles asistenciales así como una actualización continuada por parte de los profesionales médicos.

En el contexto de la cardiopatía isquémica crónica se engloba una comorbilidad que se debe manejar con minuciosidad desde la atención primaria. El óptimo control de los factores de riesgo cardiovascular en la prevención primaria y secundaria, la vigilancia estrecha de aparición de sintomatología cardinal en estos pacientes, las exploraciones físicas y complementarias indicadas en las diferentes guías, son quehaceres fundamentales en la práctica habitual del paciente con cardiopatía isquémica.

Exposición del caso clínico

Presentamos el caso clínico de un varón de 83 años, que acude a su médico de atención primaria refiriendo disnea para pequeños y moderados esfuerzos, que ha ido progresando desde hace 2 meses hasta limitar de forma importante sus actividades de la vida diaria.

El paciente, de vida basal activa, presenta como antecedentes personales una historia de hipertensión arterial (HTA), dislipidemia y aterosclerosis manifiesta (aneurisma de aorta abdominal infrarrenal como hallazgo incidental y cardiopatía isquémica). Había ingresado 3 meses antes en cardiología por un infarto de miocardio (IAM) inferior evolucionado complicado con bloqueo auriculoventricular de tercer grado. En dicho ingreso se realizó una coronariografía que documenta enfermedad coronaria de 2 vasos, estenosis severa de coronaria derecha, implantándose stent convencional y estenosis severa en descendente anterior distal subsidiaria de tratamiento médico por lecho distal fino. Se implantó marcapasos bicameral por persistencia del bloqueo auriculoventricular completo tras IAM.

En la anamnesis el paciente refiere que desde el alta presenta un ángor progresivo, de pequeños esfuerzos, que cursa con disnea. Enfatiza en la lenta progresión del cuadro. En una anamnesis dirigida describe mareos al caminar, con escasos esfuerzos. No ha presentado palpitaciones, ni síncope. Niega sangrados evidentes, ni melenas, pregunta obligada a todo paciente antiagregado, como el que se presenta, tras un IAM.

En la exploración física se evidenció palidez cutáneo-mucosa marcada, presenta un soplo protosistólico en foco mitral y aórtico 1/VI, siendo el resto de la exploración completamente anodina.

Con los hallazgos descritos, se decide solicitar hemograma urgente por sospecha de anemia. Se estableció, por tanto, como principal sospecha diagnóstica, ángor hemodinámico por anemia. Esta hipótesis diagnóstica fue confirmada con los resultados de la analítica, en la que se objetivó un valor de hemoglobina de 6,3 mg/dl y un hematocrito del 23%.

Desde la misma consulta de atención primaria se derivó al paciente a su hospital de referencia para el estudio de anemia severa, subaguda, ya que 2 meses antes sus cifras de hemoglobina eran de 11 g/dl. Se trata pues, de una anemia sintomática con ángor hemodinámico, disnea y mareos ante bajo umbral de esfuerzo.

La exhaustividad en la estructura de la historia clínica dio la posibilidad al médico de familia de establecer una hipótesis diagnóstica basada en un razonamiento clínico. La integración de los diferentes conocimientos multidisciplinarios que debe manejar el médico de atención primaria solo podrá ser aplicada de forma eficiente cuando la estructura de la consulta sea correcta, cuando la anamnesis y la exploración física son los cimientos del razonamiento clínico.

Discusión

En el caso del paciente que nos ocupa, su motivo de consulta, la disnea y el ángor progresivos, se centran en el antecedente del intervencionismo coronario que había recibido tras su IAM inferior. Este dato habría orientado el diagnóstico en un primer momento hacia un ángor en relación con la relativa frecuencia de la reestenosis del stent. Aun siendo esta la hipótesis diagnóstica más probable, y la primera que debe venir a nuestra cabeza ante un paciente de estas características con nueva clínica anginosa ante los datos estadísticos de la reobstrucción, se ha de tener presente lo que aporte la anamnesis y la exploración física.

La cardiopatía isquémica se debe al desequilibrio entre la demanda de oxígeno del miocardio y el aporte que recibe desde las arterias coronarias. La demanda de oxígeno depende principal y directamente de la frecuencia cardíaca, la contractilidad y el diámetro del ventrículo izquierdo. En el 90% de los casos, la isquemia miocárdica se debe a la arteriosclerosis de las arterias coronarias. Sin embargo, existen otras muchas circunstancias en las que se puede poner en evidencia una cardiopatía isquémica por disminución del aporte de oxígeno, sin coexistir enfermedad aterosclerótica. Espasmo coronario, vasculitis, hemoglobinopatías, embolia coronaria, hipoxemia grave, hipovolemia o, como en el caso que se presenta, anemia, son causas de isquemia por déficit de aporte de oxígeno. La anemia microcítica que presentaba nuestro paciente es una de las causas descritas de cardiopatía isquémica, debido al transporte deficitario de oxígeno al miocardio. La disminución de masa eritrocitaria y de la hemoglobina circulantes disminuyen consecuentemente la capacidad de transporte de oxígeno a las células sin que actúen mecanismos compensadores. Por este motivo, la optimización de las cifras de hemoglobina en el paciente cardiopata ha de constituir un parámetro analítico a tener en cuenta, estimándose sus valores en un rango de 12-17 g/dl. El aumento de las demandas de oxígeno por causas como taquiarritmias, estenosis aórtica o pulmonar, insuficiencia aórtica, miocardiopatía hipertrófica y dilatada, hipertiroidismo, fiebre, sepsis o cualquier estado hiperdinámico por definición, serían otra de las causas de ángor en la cardiopatía isquémica.

La angina que cumple criterios de alto riesgo como la disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, las arritmias ventriculares o el no control farmacológico de la misma, es indicación de coronariografía para valorar la posterior terapia de revascularización. Respecto al tratamiento médico, la cirugía coronaria ha demostrado mejorar la supervivencia respecto al tratamiento médico en pacientes con estenosis significativa del tronco coronario izquierdo, enfermedad

de 3 vasos y enfermedad de 2 vasos si uno de ellos es la descendente anterior proximal y se incrementa si hay disfunción ventricular. De no cumplirse estas circunstancias, la revascularización no disminuiría la mortalidad, aunque sí es eficaz como tratamiento sintomático.

La principal limitación del intervencionismo coronario percutáneo (ICP) es la reestenosis. Se produce entre los 2 y 6 meses posteriores al procedimiento, siendo la tasa de reestenosis entre un 15-25% desde la utilización de stents. La utilización de endoprótesis coronarias recubiertas de fármacos antiproliferativos actúa a nivel de la arteria, disminuyendo la hiperplasia intimal, principal causa de reestenosis. Desde su aparición han disminuido significativamente, respecto a los stents no farmacoactivos, la tasa de reestenosis a un intervalo entre el 0 y el 7%. La diabetes mellitus es el principal factor de riesgo de reobstrucción en cualquier tipo de stent.

Las herramientas principales en la consulta de atención primaria son la anamnesis y la exploración física. La integración de conceptos y la creación de hipótesis diagnósticas constituyen un arduo trabajo en nuestras consultas que debe sustentarse bajo los pilares de la rigurosidad. En nuestro caso, se confirmó el resultado mediante analítica. El desequilibrio entre la demanda y el transporte de oxígeno como mecanismo fisiopatológico del ágor hemodinámico y de la disnea, secundarios a una anemia microcítica en un paciente con cardiopatía isquémica crónica. Una historia clínica estructurada, con una cuidadosa anamnesis y exploración física han dado las claves para dirigir el diagnóstico en este paciente de una forma sencilla y acertada.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía recomendada

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cardiopatía isquémica en España. Análisis de la situación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones; 2001.
2. Fitchett D. The impact of bleeding in patients with acute coronary syndromes: how to optimize the benefits of treatment and minimize the risk. *Can J Cardiol*. 2007;23:663–71. PubMed PMID: 17593993. Pubmed Central PMCID: PMC2651947. eng.
3. Hong YJ, Jeong MH, Choi YH, Song JA, Kim DH, Lee KH, et al. Relation between anemia and vulnerable coronary plaque components in patients with acute coronary syndrome: virtual histology-intravascular ultrasound analysis. *J Korean Med Sci*. 2012;27:370–6.
4. Alexandrakis MG, Tsiarakis G. Anemia in heart failure patients. *ISRN Hematol*. 2012;2012:246915. doi:10.5402/2012/246915. Epub 2012 Mar 25.
5. Liu Y, Yang YM, Zhu J, Tan HQ, Liang Y, Li JD. Anaemia and prognosis in acute coronary syndromes: a systematic review and meta-analysis. *J Int Med Res*. 2012;40:43–55. PubMed PMID: 22429344. eng.
6. Owsiak M, Pelc-Nowicka A, Badacz L, Dubiel J, Dudek D, Gajos G, et al. Increased prevalence of cardiovascular risk factors in patients with acute coronary syndrome and indications for treatment with oral anticoagulation. *Kardiol Pol*. 2011;69:907–12.
7. Rodondi N, Locatelli I, Aujesky D, Butler J, Vittinghoff E, Simonsick E, et al. Framingham risk score and alternatives for prediction of coronary heart disease in older adults. *PLoS One*. 2012;7:e34287.
8. Sulaiman K, Prashanth P, Al-Zakwani I, Al-Mahmeed W, Al-Motarreb A, Al Suwaidi J, et al. Impact of anemia on in-hospital, one-month and one-year mortality in patients with acute coronary syndrome from the Middle East. *Clin Med Res*. 2012;10:65–71.