

Manejo del paciente con cardiopatía isquémica crónica y comorbilidades asociadas

Caso clínico 2: paciente con angina crónica estable y varios factores de riesgo. Diagnóstico, estratificación pronóstica y tratamiento

Jesús Álvarez y Xavier García-Moll*

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Palabras clave:

Angina crónica estable
Comorbilidad
Tratamiento médico
Revascularización

RESUMEN

Se presenta el caso de un varón con varios factores de riesgo y primera presentación de cardiopatía isquémica en forma de angina de esfuerzo. Se describe la estrategia diagnóstica y pronóstica realizada, así como el tratamiento seguido en su caso. Se discute la necesidad de una buena estratificación pronóstica, un buen control de los factores de riesgo cardiovascular, que todavía está lejos de implementarse de forma óptima, y las opciones terapéuticas.

Case Report II: A Patient With Chronic Stable Angina and Several Associated Risk Factors. Diagnosis, Risk Stratification and Treatment

ABSTRACT

We report the case of a man whose initial presentation of ischemic heart disease was exercise-induced angina. He had a number of risk factors. The diagnostic and prognostic approaches used in this case and the treatment implemented are described. The importance of accurate risk stratification and good control of cardiovascular risk factors, which is still far from optimum at present, are discussed, and treatment options are reviewed.

Keywords:

Chronic stable angina
Comorbidity
Medical treatment
Revascularization

CASO CLÍNICO

El varón de 60 años, remitido a la consulta externa de cardiología por el médico de familia por «dolor torácico al caminar desde hace medio año», es empleado de banca, sin alergias conocidas, fumador activo de una cajetilla al día desde 40 años antes y con antecedente de hipertensión arterial (HTA) mal controlada con tratamiento farmacológico. También sufre dislipemia y diabetes mellitus (DM), para la que toma hipoglucemiantes orales. No refiere otros antecedentes de interés y niega antecedentes familiares de cardiopatía. Su tratamiento habitual es amlodipino 5 mg, simvastatina 40 mg y metformina 850 mg.

Durante el interrogatorio, el paciente explicó que, desde aproximadamente 4 meses antes, tenía dolor torácico de características opresivas, irradiado al cuello, con sensación acompañante de falta de aire, y que aparecía cuando realizaba esfuerzos moderados como subir más de dos pisos de escaleras o en momentos de estrés laboral importante; que esta molestia desaparecía tras reposar unos 5 min, y que el nivel de esfuerzo al que se iniciaba no se había modificado. No presentaba síntomas que indicaran insuficiencia cardiaca y negaba tener palpitaciones. En cambio, sí tenía molestias en ambas pantorri-llas cuando caminaba más de cuatro o cinco manzanas, y su mujer

explicó que, desde hacía años, «ronca y se queda dormido leyendo el periódico».

La exploración física muestra a un varón de constitución pícnica, con una obesidad de predominio central (talla, 167 cm; peso, 100 kg; índice de masa corporal = 35,8). Su presión arterial era de 155/95 mmHg y la frecuencia cardiaca, 89 lpm. La auscultación cardiaca reveló tonos apagados, rítmicos, con soplo suave en la punta, sin frémito asociado. Ambos hemitórax se expandían con normalidad y no había ruidos agregados a la auscultación respiratoria. El abdomen era globuloso y blando al tacto, sin signos de congestión venosa en el examen físico. Los pulsos se palpaban con normalidad y eran simétricos, salvo el pulso pedio de ambos pies, débil.

En la misma consulta se realizó un electrocardiograma (ECG), que muestra un ritmo sinusal con una extrasístole auricular: PR, 150 ms; eje, 30°; QT, 360 ms; ondas Q y T aplanadas en DIII (fig. 1).

Con la sospecha diagnóstica de angina de primera presentación estable, y dadas su frecuencia cardiaca y sus cifras de presión arterial, se añadió ácido acetilsalicílico 100 mg y bisoprolol 5 mg a su tratamiento y se solicitó una prueba de esfuerzo, una analítica sanguínea completa, una radiografía y una ecocardiografía. También se solicitó valoración por neumología para el estudio de un posible síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).

*Autor para correspondencia: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Sant Antoni Maria Claret 165, 08025 Barcelona, España.

Correo electrónico: xgarcia-moll@santpau.cat (X. García-Moll).

Abreviaturas

DM: diabetes mellitus

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo

La ergometría resultó clínica y eléctricamente positiva para isquemia miocárdica al comienzo del tercer estadio según el protocolo de Bruce (7 MET 105', infradesnivel horizontal de 1 mm en V4-V6). Una ecocardiografía (limitada por una ventana acústica deficiente) mostró un ventrículo izquierdo (VI) de aspecto globuloso, ligeramente dilatado y con ligera hipertrofia septal. Se detectó una marcada hipocinesia inferior y septal basal y una función sistólica general de ligera a moderadamente reducida (Simpson biplanar, 45%). La aurícula izquierda estaba ligeramente dilatada y la válvula mitral, de aspecto normal, tenía una insuficiencia moderada central. La raíz y la válvula aórtica eran normales. Se registró una ligera insuficiencia tricuspídea funcional que permitió estimar una presión pulmonar sistólica en la franja superior de la normalidad. La analítica sanguínea descartó alteraciones de ionograma, función hepática, proteínas totales, hematiemetría y recuento leucocitario, mientras que la función renal estaba alterada (urea, 10,2 mg/dl; creatinina, 132 mg/dl; filtrado glomerular, 49,4 ml/min/m²). La glucohemoglobina era del 8,6% y el perfil lipídico mostraba colesterol total en 160 mg/dl (colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad, 31 mg/dl; colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad, 90 mg/dl) y trigliceridemia de 195 mg/dl. La radiografía mostraba una discreta cardiomegalia y los campos pulmonares libres. Por su parte, el neumólogo indicó la realización de una polisomnografía convencional después de obtener un índice de apneas-hipopneas de 24. Dadas las alteraciones de la contractilidad sobre la cara inferior y la inespecificidad de los cambios de la ergometría convencional, se decidió realizar una cardiioresonancia, que demostró la viabilidad del territorio inferior (fig. 2).

El paciente acudió de nuevo a consulta y refirió persistencia de los síntomas ante esfuerzos moderados, por lo que, según el resultado de las pruebas antes descritas, se aumentó la dosis de bloqueador beta y se añadieron nitratos. Además, se solicitó una coronariografía diagnóstica, que mostró un tronco común sin lesiones, una arteria descendente anterior de buen tamaño, larga y que daba la vuelta al ápex, con una placa lisa y excéntrica en su segmento medio, en la salida de una segunda diagonal, que condicionaba una obstrucción significativa (70%; Medina 1-1-1). La arteria circunfleja presentaba irregularidades no significativas, con una primera marginal de gran tamaño y con una lesión proximal significativa (70%). La arteria coronaria derecha, dominante, también tenía a nivel medio una lesión larga, del 90%. Los vasos distales se describían como buenos (fig. 3).

Unos días después, volvió a acudir a consulta, donde se le explicó el resultado del cateterismo y las distintas opciones de tratamiento. Inicialmente se decidió realizar una revascularización quirúrgica, por lo que se solicitó el estudio preoperatorio, en el que destacan unas pruebas de función respiratoria con ligera obstrucción al flujo aéreo, que mejoró con broncodilatadores (capacidad vital forzada, 3,11 l [78%]; fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), 2,05 l [71%]), y una ecografía de troncos supraaórticos, que objetivó placas de ateroma pequeñas, lisas y calcificadas en ambas bifurcaciones carotídeas, de 2 mm de espesor, sin que se apreciaran alteraciones en las velocidades que indicaran estenosis hemodinámicamente significativas en el estudio Doppler.

El paciente, cuya adherencia a las medidas higiénico-dietéticas ha sido más bien escasa (aunque ha referido comer sin sal, no ha perdido peso y sigue fumando unos 10 cigarrillos al día), es reacio a la intervención quirúrgica, por lo que finalmente se propuso un intervencionismo coronario sobre la coronaria derecha, vaso que ocasionaba las alteraciones ecocardiográficas y la isquemia en la cardiioresonancia magnética. Se realizó una angioplastia por vía radial derecha de la lesión de la coronaria derecha, que se predilató con balón de corte, y se implantó un *stent* farmacactivo de 3 × 36 mm, con buen resultado final y sin complicaciones (fig. 4).

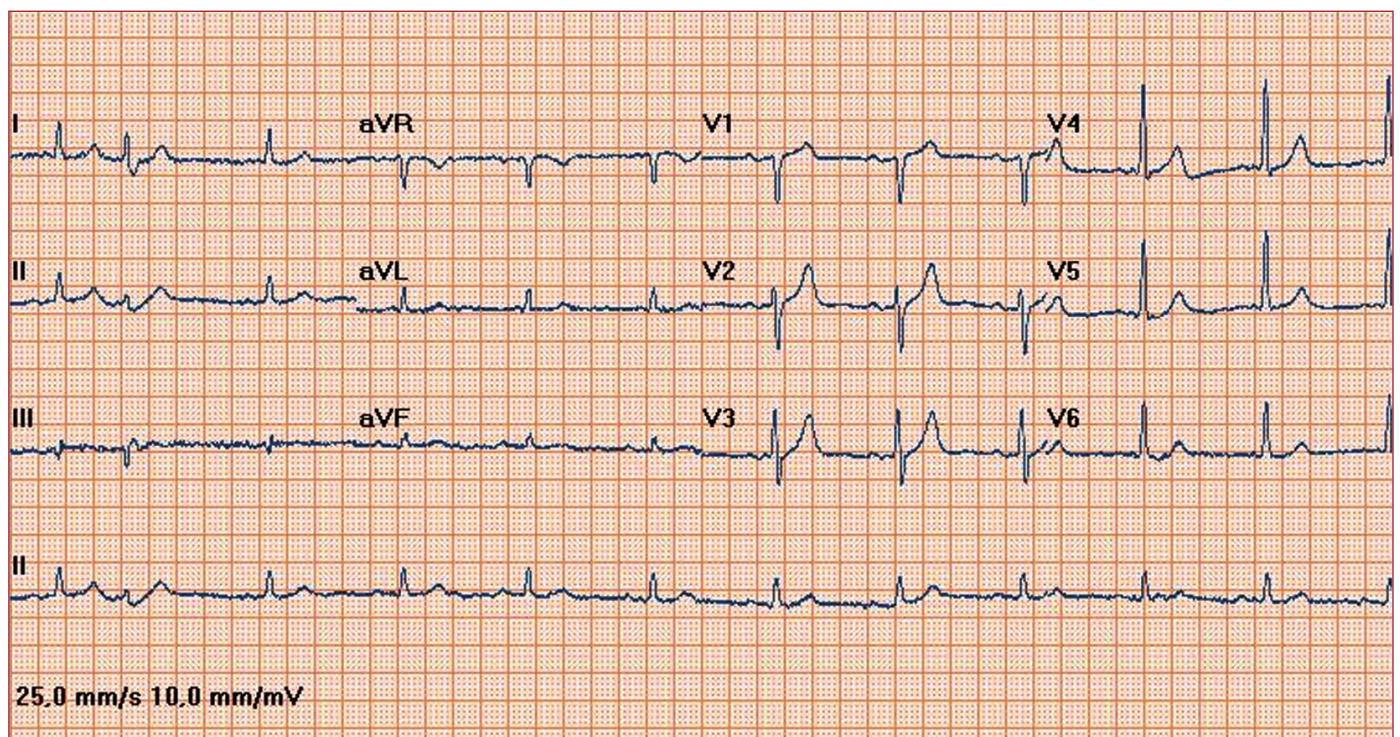


Figura 1. Trazado electrocardiográfico basal del paciente.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3019522>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3019522>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)