



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3237 - ANGOR HEMODINÁMICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

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

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Guadalajara. ^hMédico 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 palpitations 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 transfundir (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.*