



Fig. 1.

Causas múltiples e infrecuentes de angina de pecho típica en un mismo paciente

Una mujer de raza blanca de 61 años de edad presentaba desde hacía 3 meses cuadros de dolores torácicos asociados al esfuerzo, con irradiación al cuello y hombros. La paciente había sido intervenida quirúrgicamente 20 años antes para el cierre de una comunicación interauricular y desde entonces estaba asintomática. Aunque era obesa, no tenía ninguno de los factores de riesgo clásicos de enfermedad cardiovascular. En la exploración física, la presión arterial era de 134/78 mmHg, la frecuencia cardiaca era regular, de 95 lat/min, los tonos cardiacos eran normales y se auscultaba un ligero soplo sistólico.

En el electrocardiograma en reposo se observó ritmo sinusal con ondas T invertidas en las derivaciones I, II, aVL y V2-V6. Las pruebas analíticas fueron normales. Se realizó un estudio con tomografía computarizada con emisión de fotón único, con dipiridamol, durante la cual la paciente presentó una angina severa, aunque no se detectaron alteraciones significativas de la perfusión miocárdica. Considerando las conocidas limitaciones de esta técnica en los pacientes obesos, se realizó a continuación una coronariografía. No se observaron es-

tenosis en las arterias coronarias, pero sí múltiples microfístulas entre la arteria coronaria descendente anterior y el ventrículo izquierdo (las microfístulas se observaron en diástole [fig. 1A] pero no en sístole [fig. 1B]), y una gran macrofístula entre la arteria coronaria derecha y el ventrículo izquierdo (fig. 1C, recuadro). En la ventriculografía izquierda se demostró el patrón típico de la miocardiopatía hipertrófica apical: una configuración en «as de picas» del ventrículo izquierdo (fig. 1D). La presencia de hipertrofia apical se confirmó mediante ecocardiografía transtorácica, que no detectó alteraciones adicionales. La paciente permaneció asintomática tras recibir tratamiento con dosis elevadas de un bloqueador beta (metoprolol, 200 mg/día).

Así, esta paciente presentaba 3 causas posibles de angina de pecho, todas ellas muy infrecuentes, que fueron tratadas adecuadamente mediante la administración de un solo fármaco de uso muy común.

Joanna M. van de Water, K. Gert van Houwelingen y Clemens von Birgelen
Department of Cardiology, Medisc Spectrum Twente.
Thoraxcenter Twente. Enschede. Países Bajos.