

Puente muscular coronario

Eduardo A. Arias-Sánchez,* Sandra García-López,** Octavio González-Chon***

Resumen

Presentamos el caso de un paciente hombre de 33 años, previamente sano que acudió al Servicio de Urgencias con una historia de angina de esfuerzo de seis meses de evolución. Durante la evaluación inicial los biomarcadores cardíacos fueron negativos, mientras que la prueba de esfuerzo con protocolo de Bruce fue positiva para isquemia. La coronariografía mostró un puente muscular en el segmento medio de la arteria descendente anterior por lo que se inició tratamiento con calcio antagonistas y beta-bloqueadores. El puente muscular es una cardiopatía congénita en la que una porción de las arterias coronarias epicárdicas pasó por debajo del músculo cardíaco, lo que ocasiona compresión de la misma durante la sístole, manifestándose clínicamente angina. El tratamiento es a base de calcio antagonistas y beta bloqueadores y en algunos casos miotomía.

Palabras clave. Angina. Isquemia. Puente muscular.

Abstract

We present the case of a previously healthy 33 year old male patient that showed to the emergency department with a 6 month history of effort angina. Primary evaluation revealed negative cardiac biomarkers, a Bruce protocol stress test was positive for ischemia. Coronariography revealed a muscular bridge that affected the anterior descending artery, treatment with calcium channel blockers and beta blockers was begun. Muscular bridging is a congenital disease where a portion of an epicardial coronary artery lies beneath the cardiac muscle causing occlusion of the artery in systole, manifesting clinically as angina, treatment is based on calcium channel blockers, beta blockers and in some cases myotomy.

Key words. Angina. Ischemia. Muscular bridge.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 33 años de edad que acude al Servicio de Urgencias de Médica Sur por presentar cuadro de inicio súbito caracterizado por dolor precordial característico de angina asociado al esfuerzo, de menos de 20 minutos de duración, mismo que cedía con el reposo, dentro de sus antecedentes de importancia se encuentran: carga genética para diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y dislipidemia. Tabaquismo negado e ingesta ocasional de alcohol. Hipercolesterolemia de reciente diagnóstico en tratamiento con estatinas e hipertensión arterial de tres meses de diagnóstico con tratamiento a base de losartán.

Su padecimiento actual inició seis meses previos a su ingreso al presentar de manera súbita y progresiva dolor torácico precordial de tipo opresivo sin irradiaciones, con una intensidad de 5/10, asociado al esfuerzo, que remitía espontáneamente después de 5 minutos de reposo. En el último mes el dolor aumentó en frecuencia e intensidad, presentándose inclusive en reposo y asociado a disnea y palpitaciones.

A la exploración física no se encontraron datos de relevancia. El electrocardiograma de ingreso no mostró alteraciones y los biomarcadores de isquemia (troponina I, CPK-MB, mioglobina) fueron negativos al ingreso y a las 6 h. Por lo anterior se sometió a prueba de esfuerzo con protocolo de Bruce la cual fue positiva para isquemia (Figura 1). Se realizó coronariografía diagnóstica donde se evidenció un puente muscular a nivel del tercio medio de la arteria descendente anterior (Figuras 2 y 3). Actualmente el paciente se encuentra asintomático con tratamiento a base de calcio antagonistas.

DISCUSIÓN

En la actualidad los puentes musculares coronarios son considerados como una anomalía congénita de curso clínico benigno en la mayoría de los casos. Se definen como un segmento de una arteria coronaria epicárdica principal que se encuentra por debajo de una porción de miocardio. En un estudio realizado por Polacek y Kralove se demostró que la presencia de afección de la arteria

* Departamento de Cardiología. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

** Departamento de Cardiología. Fundación Clínica Médica Sur.

*** Dirección de Enseñanza. Fundación Clínica Médica Sur.

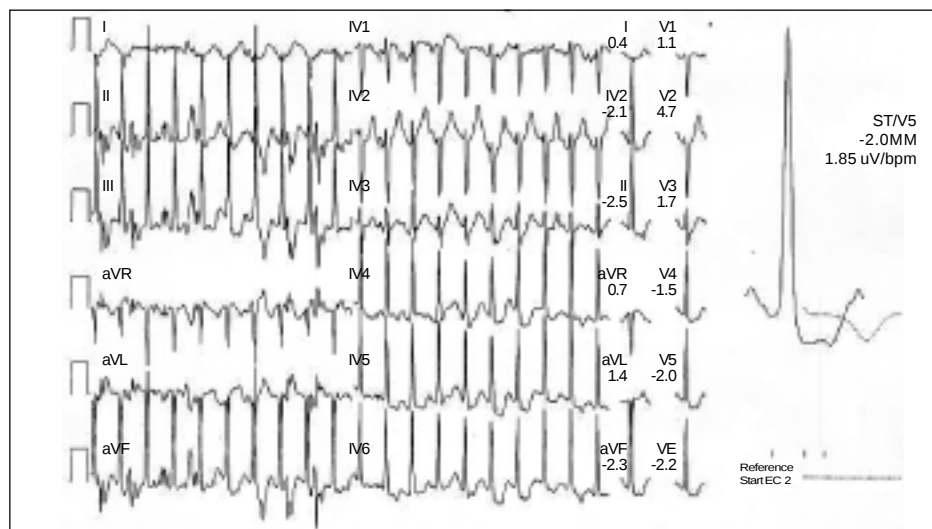


Figura 1. Prueba de esfuerzo con protocolo de Bruce. Desnivel negativo del segmento ST de V4-V6 en el minuto 3 de la etapa 4, positiva para ischemia.

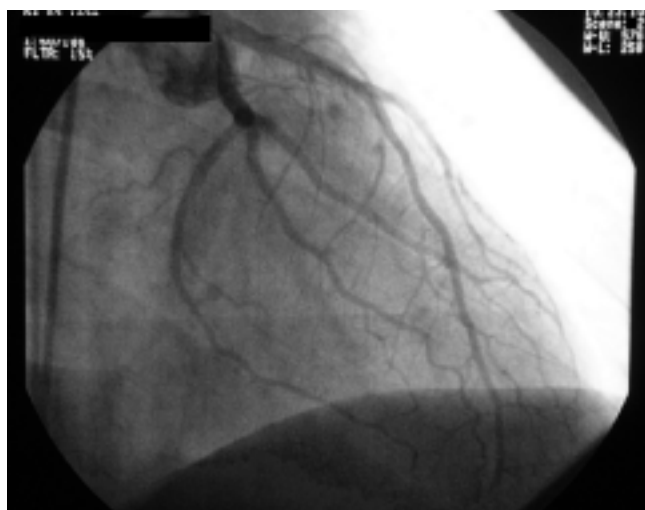


Figura 2. Coronariografía con arteria descendente anterior de características normales en diástole.

descendente anterior por esta condición es aproximadamente del 70%, mientras que 40% de los casos se presentan en la arteria circunfleja y en 36% de los casos también se veía afectada la arteria coronaria derecha.¹

El principal hallazgo angiográfico es la compresión de la arteria coronaria epicárdica afectada durante la sístole.² Por lo general este padecimiento cursa asintomático debido a que la compresión coronaria se lleva a cabo durante la sístole, pero en casos en los que se aumenta la

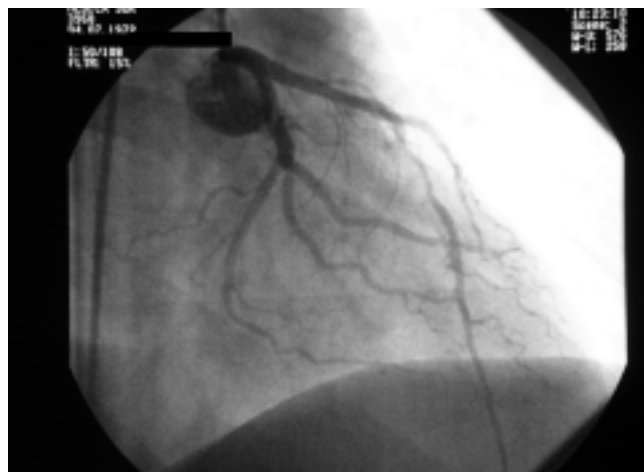


Figura 3. Coronariografía con disminución en el calibre del tercio medio de la arteria descendente anterior en sístole.

frecuencia cardíaca y se disminuye el tiempo de llenado diastólico, se puede presentar angina, arritmias, espasmo coronario y síndromes coronarios agudos (asociado a compresión excesiva con daño endotelial).³ La sintomatología por lo general no se presenta antes de la tercera década de la vida. El tratamiento médico consiste en beta bloqueadores, calcio antagonistas, los nitratos por lo general no se recomiendan. En algunos casos se pueden colocar Stents y el tratamiento quirúrgico a base de miotomía sólo está indicado en los casos que no responden a tratamiento médico.⁴

REFERENCIAS

1. Polacek P, Kralovec H. Relation of myocardial bridges and loops on the coronary arteries to coronary occlusions. *Am Heart J* 1961; 61: 44-52.
2. Alegria J, Herrmann J, Holmes D, Lerman A, Rihal Ch. Myocardial bridging. *Eur Heart J* 2005; 26: 1159-68.
3. Ciampricotti R, el Gamal M. Vasospastic coronary occlusion associated with a myocardial bridge. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1988; 14: 118-20.
4. Atmaca Y, Ozdol C, Pamir G, Kilickap M, Oral D. Successful surgical resection of a muscular bridge in a patient with nonobstructive hypertrophic cardiomyopathy- a case report. *Angiology* 2002; 53: 225-227.

Correspondencia:

Dr. Octavio González Chon
Director de Enseñanza.
Fundación Clínica Médica Sur, A.C.
Puente de Piedra No. 150. Col. Toriello Guerra.
C.P. 14050. Ciudad de México.
Correo electrónico: ogchon@medicasur.org.mx