P-018

CUANDO LA DORSALGIA ESCONDE UNA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: MENOPAUSIA, PREDIABETES Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Begoña Cano Valles[1], Celia Pardo Puyo[1], Gema Garcia Chivato[2]

[1] *C.S. Mutilva*
[2] *C.S. Algete*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 55 años, menopáusica desde hacía 18 meses, fumadora (18 paquetes-año), con dislipemia, obesidad grado I y prediabetes (HbA1c 5,8%). Desde hacía ocho meses presentaba dorsalgia urente desencadenada exclusivamente por el esfuerzo, con irradiación centrotorácica y ocasionalmente a ambos brazos, disnea y malestar nauseoso, que cedía completamente con el reposo. Progresivamente aparecía con esfuerzos de menor intensidad. Había sido valorada previamente por diferentes profesionales, orientándose como dolor musculoesquelético, con tratamiento farmacológico y rehabilitación sin mejoría. Tras finalizar rehabilitación fue valorada por su nueva médica de familia. La persistencia de los síntomas y su relación reproducible con el esfuerzo motivaron una reevaluación diagnóstica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Encontrándose asintomática en reposo y ante la sospecha de origen isquémico, se realizó deambulación controlada. Tras aproximadamente 200 metros reapareció su sintomatología habitual. El ECG durante el dolor mostró infradesnivelación del ST en DII y V4-V6, ausente en un ECG previo. Se indicó traslado hospitalario urgente. En Urgencias, ya asintomática, el ECG no mostró alteraciones agudas y la troponina I presentó elevación seriada (40-110-160 pg/mL). El cateterismo confirmó enfermedad coronaria grave de dos vasos: lesión suboclusiva de circunfleja proximal y lesión significativa de coronaria derecha proximal-media, tratadas mediante angioplastia e implante de stents farmacoactivos. Función sistólica ventricular izquierda conservada.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

IAMSEST no complicado por enfermedad coronaria de dos vasos en una mujer con elevado riesgo cardiometabólico: tabaquismo, dislipemia, obesidad, prediabetes y menopausia reciente. Tras el evento se instauró prevención secundaria intensiva con tratamiento hipolipemiante, incluido evolocumab, rehabilitación cardíaca y semaglutida, iniciada a 0,25 mg/semana y titulada hasta 1,7 mg/semana. A los cuatro meses: peso 95→85 kg, perímetro abdominal 116→108 cm, HbA1c 5,8→5,6% y capacidad funcional 8,44→10,20 METS, con excelente adherencia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dolor musculoesquelético/radiculopatía dorsal, patología gastroesofágica, enfermedad pulmonar y cardiopatía isquémica.

COMENTARIO FINAL/CONCLUSIONES

La enfermedad coronaria en la mujer puede presentar manifestaciones menos reconocidas inicialmente como isquémicas. La coexistencia de menopausia reciente, prediabetes y otros factores cardiometabólicos debe incrementar la sospecha cardiovascular. Este caso destaca el valor de la longitudinalidad y la reevaluación en Atención Primaria: reconsiderar el diagnóstico y obtener un ECG durante los síntomas permitió identificar la isquemia y realizar una derivación urgente. Tras un evento coronario, el abordaje debe ser intensivo y multifactorial. En pacientes con enfermedad cardiovascular establecida y obesidad sin diabetes, semaglutida dispone de evidencia de beneficio cardiovascular más allá de la pérdida ponderal.

CÓMO CITAR

Cano Valles B, Pardo Puyo C, Garcia Chivato G. CUANDO LA DORSALGIA ESCONDE UNA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: MENOPAUSIA, PREDIABETES Y RIESGO CARDIOVASCULAR. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):55-56. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4