Semergen. 2015;41 (Espec Congr):531

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1762 - DISNEA UN SÍNTOMA COMÚN

V. Ciocea[a], A.M. Ciocea[b] y C.M. Rodríguez Blanco[c]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Arévalo. Ávila. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Ávila Sur-Oeste. Ávila. [c]Médico de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Presentamos el caso clínico de una mujer de 89 años con antecedentes de HTA y DM tipo 2 que acude a la consulta en varias ocasiones por disnea. Refiere episodios de disnea de moderados esfuerzos con sensación de opresión torácica mal definida irradiada a espalda sin sincopes de 15 días de evolución. La exploración inicial en normal salvo que en ECG se objetiva bloqueo AV de 2º grado, tipo I y tipo II alternado y QT largo. Se deriva a Urgencias Hospitalarias donde ingresa para implantación de marcapasos. Tras alta 48 horas después acude de nuevo a la consulta por disnea de pequeños esfuerzos, intolerancia al decúbito, edema en MMII y disminución de la diuresis. Exploración con crepitantes bibasales, edemas hasta rodillas y saturación de oxigeno de 89% Ante el juicio clínico de insuficiencia cardiaca administrando furosemida iv presenta mejoría progresiva y buena diuresis. Se mantiene tratamiento con diuréticos y observación domiciliaria. Dos semanas después acude de nuevo por nuevo episodio de disnea con datos de insuficiencia cardiaca.

Exploración y pruebas complementarias: Electrocardiograma en ritmo de marcapasos a 69 latidos por minuto. Presión arterial: 124/71, saturación oxígeno 94%. Auscultación cardiaca rítmica con soplo aórtico (II/IV) y mitral (III/IV). AP: crepitantes bibasales. MMII con edema leve hasta tercio medio pretibial. Se deriva a Urgencias Hosptalarias .En urgencias la exploración física es similar a la realizada en atención primaria. En radiografía tórax: cardiomegalia con ligera redistribución vascular apical, engrosamiento hiliar de probable origen vascular y pinzamiento ambos senos costofrénicos, con engrosamiento de cisuras. Se realiza ecocardiograma transtorácica con la siguiente conclusión: ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica severa (SIV 17 mm, posterior 17 mm). Impresiona aspecto moteado (posible hipertrofia infiltrativa). Función diastólica con patrón restrictivo. Insuficiencia mitral grave. Ingresa en el servicio de Medicina Interna para completar estudio.

Juicio clínico: Miocardiopatía restrictiva infiltrativa.

Diagnóstico diferencial: Miocardiopatias (dilatada, hipertrófica, restrictiva). Valvulopatías.

Comentario final: Las miocardiopatías infiltrativas son enfermedades relativamente raras, y sus características morfológicas son tan variables que tienden a ser infradiagnósticadas. Se caracterizan por una disfunción diastólica progresiva, que típicamente precede la disfunción sistólica que se acaba produciendo con el tiempo. La ecocardiografía ha simplificado mucho la valoración de la función diastólica (doppler tisular), así como del remodelado auricular. El TC cardiaco, así como la

resonancia magnética cardiaca (CMR) con el realce tardío (con gadolinio), han hecho aportaciones importantes en la valoración de estas enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seward JB, Casaclang-Verzosa G. Infiltrative Cardiovascular Diseases Cardiomyopathies That Look Alike. J Am Coll Cardiol. 2010;55(17):1769-79.

2. Galve Basilio E, Alfonso Manterola F, Ballester Rodés M, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en miocardiopatías y miocarditis. Rev Esp Cardiol. 2000;53:360-93.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.