Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2891

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/894 - DOCTOR, POR LAS NOCHES ME AHOGO

M. Sampere Gómez[a], M. Gómez Gómez[b], E. Martínez de Quintana[c] y F. Andreu Ortego[c]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años con artritis reumatoide juvenil poliarticular (ARJP) y fumador que acude a consulta por disnea nocturna de varias semanas de evolución. A la exploración destaca soplo sistólico no conocido y clínica de infección respiratoria. Pautamos amoxicilina con mejoría parcial y solicitamos ecocardiograma preferente y radiografía de tórax urgente. Posteriormente vuelve a consultar por empeoramiento de la disnea (mínimos esfuerzos) acompañada de dolor torácico atípico. Remitimos a urgencias hospitalarias donde catalogan de crisis de ansiedad y recomiendan ansiolíticos y control en nuestra consulta. Dada la demora de la ecocardiografía, acude a clínica privada para su realización. Ante diagnóstico de doble lesión aórtica remitimos a hospital para valoración urgente por Cardiología. Desde dicho servicio se derivó a cirugía cardiovascular para recambio valvular, que se realizó con éxito y sin complicaciones posteriores.

Exploración y pruebas complementarias: ACP: soplo sistólico II/V en foco aórtico, rítmica. Murmullo vesicular conservado con roncus y sibilantes dispersos. Resto sin alteraciones. ECG: RS a 100 lpm, eje a 60º, PR 0,12, QRS estrecho, sin alteración del ST, T negativa de V4-V6. Rx tórax: cisuritis y atelectasia basal derecha con infiltrado/condensación parahiliar derecha. Cardiomegalia ligera. Analítica: normal. Ecocardio: VI dilatado, con FEVI 40%, doble lesión aórtica (EAo grave, IAo moderada), IM moderada-grave, IT significativa, HTP moderada-grave. Cateterismo: sin lesiones.

Juicio clínico: Doble lesión aórtica grave.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria. EPOC. Asma. Insuficiencia cardíaca. Ansiedad. Fibrosis pulmonar por metrotexate.

Comentario final: Las enfermedades reumáticas se asocian frecuentemente con patología cardíaca. En muchas ocasiones son la primera manifestación y en otras, como este caso, aparecen tras años de evolución de la enfermedad reumática. La aparición de un soplo de novo en este paciente, durante un proceso infeccioso, nos obliga a revisarlo para valorar su desaparición con la mejoría de la infección. En caso de no desaparecer, se deriva a cardiología pues en un 30% de pacientes con ARJP se documenta afectación valvular, siendo la más frecuente la estenosis mitral y mucho más rara la doble lesión aórtica grave.

Bibliografía

1. Villa-Forte A, Mandell BF. Trastornos cardiovasculares y enfermedades reumáticas. Rev Esp Cardiol. 2011;64:809-17.
2. Manley Fredrich D. Manifestaciones cardíacas de las enfermedades reumáticas. Revista Costarricense de Cardiología. 2001;3(3).

Palabras clave: Enfermedades reumáticas. Valvulopatías.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.