

387/73 - BAJOS VOLTAJES Y UNA SOSPECHA CLÍNICA. YENDO MÁS ALLÁ CON EL ELECTROCARDIOGRAMA

M. Martín Nicolau¹, S. Díaz-Salazar de la Flor², M. Cea Gómez³, B. Carballo Rodríguez⁴, I. Cabrera Rubio⁴, J. Sánchez Ceña⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Ignacio. Bilbao. Vizcaya. ⁴Médico Residente de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 81 años, hipertenso bien controlado con enalapril, sin otros antecedentes de interés. Acude a su médico de AP por clínica de astenia y disnea de meses de evolución, con episodios de disnea paroxística nocturna y edemas de miembros inferiores en la última semana. Previamente asintomático y con vida muy activa. No dolor torácico en ningún momento. No otra sintomatología por aparatos. Ante empeoramiento clínico rápidamente progresivo, se decide derivar al paciente a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: TA 95/40 mmHg, FC 110 lpm, SatO2 95%. PVY elevada. AC arrítmico, sin soplos. AP con semiología de derrame pleural izquierdo. EEII con edemas con fóvea hasta rodillas. Pulsos pedios positivos. Analítica: anemia leve. Sin otras alteraciones. ECG: Fibrilación auricular a 110 lpm (no conocida). QRS estrecho con bajos voltajes en las derivaciones de miembros. R amputada en precordiales derechas. Radiografía de tórax: derrame pleural bilateral de predominio izquierdo. Líquido en cisuras. Datos de hipertensión venocapilar. Ecocardiograma transtorácico en Urgencias: dilatación severa de ambas aurículas. Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia concéntrica severa. FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo) conservada. Ventrículo derecho de tamaño y función normal. Sin valvulopatías significativas. Derrame pericárdico moderado. Derrame pleural izquierdo grave. Con estas pruebas iniciales (hipertrofia ventricular con bajos voltajes en el electrocardiograma y derrame pericárdico), el médico de Urgencias sospecha una miocardiopatía infiltrativa, siendo la primera causa a descartar por ser la más frecuente, la amiloidosis con afectación cardiaca, por lo que se decide ingreso en planta de Cardiología para completar el estudio, que finalmente fue positivo para amiloidosis primaria AL (de cadenas ligeras).

Juicio clínico: Miocardiopatía infiltrativa por amiloidosis AL.

Diagnóstico diferencial: Miocardiopatía hipertensiva; Miocardiopatía hipertrófica no obstructiva; IAM anterior antiguo/evolucionado; Pericarditis con derrame pericárdico.

Comentario final: La amiloidosis cardiaca se define como la afectación cardiaca producida por el depósito de tejido amiloide en el miocardio, siendo la AL la más frecuente en países desarrollados. Se trata de una patología de difícil diagnóstico, por lo que es de vital importancia la sospecha clínica inicial por el médico de Urgencias o de familia, de cara a un diagnóstico precoz. Es importante planteárselo ante todo paciente que presente insuficiencia cardiaca diastólica o engrosamiento de las paredes ventriculares en ausencia de HTA o

valvulopatía; sin olvidar el hallazgo de bajos voltajes y/o patrón de pseudoinfarto anterior en el electrocardiograma en pacientes con hipertrofia, que muchas veces nos da la clave.

Bibliografía

García-Pavía P, et al. Amiloidosis. También una enfermedad del corazón. *Rev Esp Cardiol.* 2011;69(9):797-808.

Grogan M, et al. Light-chain amyloidosis: strategies to promote early diagnosis and cardiac response. *Heart.* 2017;103:1065-72.