Semergen. 2015;41 (Espec Congr):2177

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1274 - Asistencia a la miocardiopatía dilatada en atención primaria

M. Berenguer Callejón[a], B. Guerrero Barranco[b] y D. Ámez Rafael[c]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vícar. Distrito Poniente. Almería.[b] Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería.[c] Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Gangosa. Distrito Poniente. Vícar. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 24 años sin antecedentes de interés, en tratamiento con anticonceptivos orales y fumadora de 10 cig/día, que acude a consulta por cuadro de dolor torácico súbito de carácter opresivo, de características pleuríticas e irradiación a hombro derecho sin cortejo vegetativo acompañante. Refiere cuadro respiratorio de vías altas en los días previos. Ante la sospecha de pericarditis se realiza ECG en el que se aprecia un ritmo sinusal a 100 lpm, bloqueo completo de rama izquierda. Se decide entonces derivación al servicio de urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 105/60 mmHg. FC: 67 lpm. Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Apirética. Bien perfundida e hidratada. Cabeza y cuello: carótidas rítmicas y simétricas. Tórax: eupneica, tolerando decúbito. AC: tonos rítmicos, roce pericárdico. Soplo sistólico II-III/VI. AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Abdomen: RHA presentes, blando, no doloroso, no defensa ni signos de peritonismo, no visceromegalia palpable. EEII: pulsos distales rítmicos y simétricos, no edemas, no signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm, bloqueo completo de rama izquierda. Hemograma: leucocitos 9.610 (N 58,7%, L 31,6%), Hb 13,2 g/dl, Hcto 38,6%, plaquetas 209.000. Coagulación: TP 93,7%, APTT 26,1 seg. Bioquímica: glucosa 118 mg/dl, urea 29 mg/dl, Na 143 mEq/l, K 4,3 mEq/l, CPK 370 UI/L, MB 52 UI/l, cTnI 0,19 ng/ml, mioglobina 20,60 ng/ml. Ecocardiograma: VI ligeramente dilatado con aquinesia y adelgazamiento de todos los segmentos apicales y también de la pared inferior, excepto la porción más basal, buena movilidad de las regiones lacunal, posterior y septobasal. FE moderadamente deprimida. Mínimo despegamiento pericárdico a nivel posterior y lateral de VI. Insuficiencia mitral ligera-moderada.

Juicio clínico: Miopericarditis aguda con disfunción ventricular moderada.

Diagnóstico diferencial: Causas de dolor torácico agudo. Cardiovasculares: isquémicas; no isquémicas. Pleuropulmonares. Digestivas. Osteomusculares. Psicógenas y otras.

Comentario final: Papel del médico de atención primaria. Es fundamental la labor del médico de Atención Primaria en la educación del paciente, control de los factores desencadenantes de la insuficiencia cardíaca y en el inicio del tratamiento precoz. Debe tener claras las circunstancias en que se debe derivar al paciente a consulta especializada. Cuando se diagnostica por primera vez IC. En las fases de descompensación, cuando la IC es refractaria al tratamiento o cuando no podamos realizar seguimiento y control del mismo. Ante la presencia de síntomas graves o de enfermedades graves concomitantes. Para estudio de posible trasplante

cardíaco. Es preciso realizar un seguimiento coordinado multidisciplinar del paciente con IC y con miocardiopatía dilatada para un mejor control.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berbel León S, Iglesias Franco H. Miocardiopatía dilatada: a propósito de un caso. Medifam. 2003; 13: 314-9.

2. Lobos Bejarano JM. Lorca Serralta MT, Díaz Sánchez S, Caba Cuevas M, Del Castillo Rodríguez JC. Factores de riesgo y problemas cardiovasculares y del sistema circulatorio. En: Casado Vicente V. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Volumen I. Editorial Médica Panamericana, 2012.

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