Semergen. 2015;41 (Espec Congr):467

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1865 - MÁS ALLÁ DE UN DOLOR TORÁCICO

V.C. Vílchez de León[a], M.T. Wangüemert Madan[b] y M.T. Madan Pérez[c]

[a]Médico de Familia. Centro Salud La Orotava-San Antonio. [b]Médico de Familia. Centro Salud Barrio La Salud. Santa Cruz de Tenerife. [c]Médico de Familia. Centro de Salud de Güimar. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años diabético, hipertenso, hábito enólico. Acude refiriendo cuadro de dolor torácico de características opresivas de 24 horas de evolución, sin irradiación y sin cortejo vegetativo.

Exploración y pruebas complementarias: TA 150/110 mmHg, FC 90 lpm, saturación O2 98%. ECG: bloqueo incompleto rama izquierda. Se administra cafinitrina sublingual, perfusión con nitrogicerina, oxigenoterapia y 250 mg AAS. Se traslada al hospital de referencia, donde se realiza: 1. Radiografía tórax: cardiomegalia venocapilar pulmonar. 2. Cateterismo cardiaco: ventrículo izquierdo (VI) dilatado, contractilidad global gravemente deprimida, fracción eyección (FE) 31% e hipoquinesia grave generalizada, conclusión: Miocardiopatía dilatada (MCD) e hipocontráctil del VI. 3. Ecocardiograma: VI dilatado, insuficiencia tricuspídea e hipertensión pulmonar ligera, cava no dilatada con colapso mayor al 50%. 4. Ecotrastorácica: VI ligeramente dilatado con disfunción sistólica grave, FE 14%, movimiento anómalo del septum interventricular, aspecto trabeculado de pared posterior del VI, disfunción diastólica del VI tipo II, descenso del gasto e índice cardiacos. Insuficiencia mitral ligera. 5. Cardioresonancia magnética nuclear: aumento de trabeculación en segmentos lateral y posterior cumpliendo criterios de miocardio compactado. Las secuelas de realce miocárdico tardío con gadolinio muestran dudosa captación intramiocárdica anterior basal y media. 6. Arteriografía coronaria: disfunción ventricular izquierda grave.

Juicio clínico: Miocardiopatía dilatada con disfunción grave. Se inicia tratamiento evolucionando de forma favorable y sin signos de insuficiencia cardiaca.

Diagnóstico diferencial: Según clasificación OMS/ISFC de las miocardiopatías define en dos categorías individuales: 1º basada en la descripción anatómica global de las cavidades sistólica y diastólica del VI (MCD y miocardiopatía restrictiva), y la 2º en características genéticas (miocardiopatía hipertrófica). Las principales causas de MCD primaria son genéticas, implicados los genes que codifican las proteínas del citoesqueleto y sarcoméricas. Otras causas importantes son: infecciosas(miocarditis virales), en áreas endémicas el Trypanosoma cruzi; secundarias a tóxicos(cocaína, alcohol, antraciclinas) y miocardiopatía periparto.

Comentario final: La MCD se diagnostica tras la exclusión de coronariopatía significativa, alteraciones valvulares y otras causas. El fenotipo dilatado es la forma más frecuente abarcando más del 90% de los pacientes remitidos al hospital. Identificar la etiología de la MCD es crucial, puesto

que en ciertos casos la causa subyacente es reversible y tratable. Lamentablemente sólo se consigue un diagnóstico etiológico en el 30%. Desde Atención Primaria es importante la anamnesis y la exploración física para descartar patologías agudas poco frecuentes y detectar posibles factores de riesgo valorando nuestra labor y derivando lo antes posible a nuestros pacientes al hospital. El diagnóstico se basa en la historia clínica y las características ecocardiográficas o de RNM cardiaca compatibles. Es importante el seguimiento, correcto cumplimiento terapéutico y las medidas higiénico-dietéticas. El tratamiento se basa en la vigilancia de la insuficiencia cardiaca, la prevención de la progresión de la enfermedad y sus complicaciones, siendo lo más importante el tratamiento médico, también se utilizan los desfibriladores implantables con o sin resincronización, las asistencias ventriculares y el trasplante cardiaco. En un futuro, la terapia genética y el uso de células madre puede tener un papel importante, como queda apuntado por líneas de investigación abiertas actualmente en este sentido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mestroni L, Bohmeyer TJ, Gilbert EM, Bristow MR. Manual de Cardiología 11ª edición, 2006:441-9.

2. Jefferies JL, Towbin JA. Lancet. 2010;375:752-62.

3. Falces C, Andrea R, Heras M, et al. Integración entre cardiología y atención primaria: impacto sobre la práctica clínica. Revista Española de Cardiología. 2011;64:549-638.

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