



## 160/1865 - MÁS ALLÁ DE UN DOLOR TORÁCICO

V.C. Vilchez de León<sup>a</sup>, M.T. Wangüemert Madan<sup>b</sup> y M.T. Madan Pérez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro Salud La Orotava-San Antonio. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro Salud Barrio La Salud. Santa Cruz de Tenerife. <sup>c</sup>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 O<sub>2</sub> 98%. ECG: bloqueo incompleto rama izquierda. Se administra cefinitrina sublingual, perfusión con nitroglicerina, 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.