



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/869 - Disnea en un paciente joven

A.I. Uta^a, C.E. Uta^b, Claudia Elena, R. Regla Marín^a, E.M. Senra de la Fuente^c, M.D: Marín del Tiempo^d y D.A. Ferreras Gascó^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Onda. Castellón. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud San José Norte. Zaragoza. ^dMédico Residente de 4º año. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Sector II. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 41 años con antecedentes de enolismo crónico, 80 g de alcohol al día, acude a Urgencias por disnea de esfuerzo de 4 meses de evolución haciéndose de mínimos esfuerzos en el último mes, acompañada de edemas maleolares bilaterales, tos, ortopnea y disnea paroxística nocturna. Sin cuadro catarral en días previos ni clínica sugestiva de ángor.

Exploración y pruebas complementarias: AC: arrítmico a 150 lpm, ingurgitación yugular presente. AP: normoventilación MMII: edemas maleolares bilaterales. ECG: ACxFA a 145 lpm. Rx tórax: silueta cardiaca en el límite alto de la normalidad. Analítica sangre: enzimas cardiacas normales, pro-BNP elevado. Ecocardiograma: miocardiopatía dilatada y disfunción sistólica ligera (valoración condicionada por una alta frecuencia cardiaca en FA y que puede mejorar tras disminución de la misma).

Juicio clínico: Miocardiopatía dilatada. Fibrilación auricular primer episodio. Evolución: se decide ingreso en planta de Cardiología. Nueva analítica de sangre: TSH elevado con anticuerpos antitiroideos negativos, GGT y VCM aumentado compatible con consumo de alcohol. Nueva ecocardiograma: dilatación ventricular izquierda con disfunción sistólica ligera a moderada. Coronariografía: sin lesiones coronarias, FEVI del 53% por hipoquinesia global. Ha recibido tratamiento diurético, betabloqueante, digoxina y anticoagulación con mejoría subsiguiente de los signos y síntomas de insuficiencia cardiaca, así como control de la frecuencia cardiaca. Se realizó interconsulta a Endocrinología por los hallazgos de hipotiroidismo subclínico. Al ser ATAS negativo no se recomendó tratamiento sustitutivo hormonal en ese momento. Se planteó realización de cardioversión eléctrica de forma programada. Durante su ingreso ha permanecido estable con frecuencia cardíaca en torno a 66-78 ppm. Se decide alta hospitalaria con tratamiento anticoagulante, betabloqueante, antihipertensivo, diurético y digitálico. Cuatro meses más tarde ha sido revisado por la Unidad de Arritmias con la realización de la cardioversión eléctrica con reversión a ritmo sinusal.

Diagnóstico diferencial: Descompensación cardíaca. Pericarditis aguda. Síndrome coronario agudo

Comentario final: El curso clínico de los pacientes con miocardiopatía dilatada es bastante impredecible en cada caso concreto y depende en parte de la causa de la disfunción ventricular. Las dos causas más frecuentes de muerte en pacientes con MD e insuficiencia cardíaca son la muerte súbita y el fallo de bomba progresivo. Los datos bibliográficos indican que entre el 30 y el 50% de los pacientes mueren súbitamente. La identificación y tratamiento de los pacientes de alto riesgo es uno de los principales retos que se le plantean al clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walker RK, Cousins VM, Umoh NA, Jeffress MA, Taghipour D, Al-Rubaiee M, Haddad GE. The good, the bad, and the ugly with alcohol use and abuse on the heart. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(8):1253-60.
2. Sidorenkov O, Nilssen O, Nieboer E, Kleshchinov N, Grjibovski AM. Premature cardiovascular mortality and alcohol consumption before death in Arkhangelsk, Russia: an analysis of a consecutive series of forensic autopsies. *Int J Epidemiol*. 2011;40(6):1519-29.
3. Galve Basilio E, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en miocardiopatías y miocarditis. Guías de práctica clínica sobre miocardiopatías y miocarditis *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:360-93.