



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2664 - Empezando con diuréticos, acabando en el quirófano

S.I. Roncero Martín<sup>a</sup>, E. Franco Daza<sup>b</sup>, A. Sánchez de Toro Gironés<sup>c</sup>, M. Pons Claramonte<sup>d</sup>, M.C. Moreno Vivancos<sup>e</sup>, P. Abdeljabbar Paredes<sup>f</sup>, C. Alcaraz Conesa<sup>g</sup>, C.J. Cervantes García<sup>f</sup>, A.B. Martorell Prof<sup>e</sup> e Y. Romero Castro<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. Murcia. <sup>f</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. <sup>g</sup>Médico de Familia. Urgencias del Hospital Universitario de Los Arcos del Mar Menor. San Javier. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 40 años fumador de 23 años/paquete y consumidor habitual de cerveza (2 l/día), con probable síndrome de apnea-hipopnea del sueño y amaurosis prácticamente total bilateral, que acude a consulta de primaria por disnea de 4 días de evolución que ha progresado de moderados (basal) a mínimos esfuerzos, asociando ortopnea de 2 almohadas y algún episodio de disnea paroxística nocturna, con sensación de hinchazón generalizada. No refiere dolor torácico, cortejo vegetativo ni antecedentes infecciosos. Ha ganado unos 20 kg en 1.5 meses. En primaria se realiza electrocardiograma que objetiva taquicardia sinusal a 114 lpm, BIRDHH y ondas T negativas V1-V3, no conocidas previamente, y una radiografía de tórax que revela cardiomegalia y ensanchamiento mediastínico inespecífico, por lo que se deriva a hospital de referencia, donde ingresa para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Levemente taquipneico en reposo. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: Anodino. Miembros inferiores: edemas pretibiales con fóvea, sin signos de trombosis venosa profunda. Bioquímica, hemograma y coagulación normales. Enzimática cardiaca: pico máximo 0,063 (límite superior de normalidad 0,045). Gasometría arterial: pH 7,38, pCO<sub>2</sub> 24,4, pO<sub>2</sub> 82, resto normal. Orina: normal. Electrocardiograma en urgencias: taquicardia sinusal a 121 lpm, PR 150 ms, BIRDHH, T negativas en V1/V3, isodifásicas en V4-V5. Radiografía de tórax: cardiomegalia y probable derrame pleural bilateral, con ensanchamiento mediastínico de predominio craneal. Ecocardiograma: dilatación aneurismática de aorta ascendente de 9,5 cm. Insuficiencia aórtica moderada. Insuficiencia mitral ligera. Dilatación de aurícula izquierda. Ventrículo izquierdo dilatado con disfunción sistólica. Hipertensión pulmonar en el límite de la gravedad.

**Juicio clínico:** Aneurisma de aorta gigante. Insuficiencia cardíaca congestiva.

**Diagnóstico diferencial:** Tumores locales (timomas, teratomas, linfomas...), patología tiroidea, esofágica, neumonía (atípica), disección aórtica, tromboembolismo pulmonar con afectación mediastínica.

**Comentario final:** Una prueba de tan fácil acceso como pueda ser una radiografía de tórax, permitió en este paciente el diagnóstico de una patología no excesivamente frecuente pero sí potencialmente mortal, a pesar

de que la clínica y las características del paciente sugerían inicialmente otro diagnóstico (clínica compatible con insuficiencia cardíaca). El inicio del estudio y posterior seguimiento del paciente se realizó desde la propia consulta de primaria, por lo que este caso pretende recordar la relevancia y validez de las pruebas complementarias más comunes, tantas veces desdeñadas desde nuestro propio sistema sanitario, que no obstante pueden orientar el estudio hacia patologías con baja incidencia pero de gran repercusión. De ahí que se reitere la relevancia del acceso a ciertas exploraciones complementarias desde, al menos, la mayoría de los centros de salud, consiguiendo así una mayor eficiencia para el propio sistema sanitario pero también para los usuarios del mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rev Esp Cardiol. 2015;68:179-84.
2. Crawford ES, Cohen ES. Aortic aneurysm: a multifocal disease. Presidential address. Arch Surg. 1982;117:1393.
3. Pressler V, McNamara JJ. Aneurysm of the thoracic aorta. Review of 260 cases. J Thorac Cardiovasc Surg. 1985;89:50.