Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1239

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2325 - miocardiopatía dilatada de origen no isquémico. A propósito de un caso

S. Méndez Desena[a], H. Safir Jabeen[b], J.C. Fernández Blanco[c], I. de Giacomi Coronel[d], M.A. Muñoa Moratinos[e], M. García Fernández[f], A. Sarmiento Calderón[g], P. Fernández de la Mata[h], A. Álvarez Madrigal[h] y A.C. Nava Gutiérrez[i]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. [c]Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Atención Primaria. Centro de Saludo José Aguado. León. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. [e]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León. [f]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Eras de Renueva. León. [g]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. [h]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. [i]Médico de Familia. Centro de Salud La Palomera. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años que acude a la consulta de atención primaria por disnea. Durante la entrevista clínica nos comenta que hace quince días aproximadamente, comenzó con clínica de disnea de moderados esfuerzos junto con disnea paroxística nocturna y ortopnea; empeoramiento con disnea de reposo, que le impide realizar las actividades de la vida diaria. No dolor torácico. No clínica vegetativa asociada. No refiere otra sintomatología. Comenta que es fumador habitual (un paquete y medio al día) y no otro antecedente ni personal ni familiar de interés. Ante un paciente joven, inestable (TA 90/60, taquipneico, arrítmico a 110 lpm) se decide traslado del paciente al servicio de urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: En la consulta de atención primaria: consciente, orientado y colaborador. Ligeramente taquipneico en reposo a 16 respiraciones/minuto aproximadamente. Presión venosa yugular normal. TA 90/60. FC 110 lpm. Saturación de oxígeno 91% sin gafas nasales de oxígeno. Dicha exploración no varió en el servicio de urgencias. A. cardíaca: ruidos cardíacos arrítmicos a 110 lpm,

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

se aprecia un tercer tono a la auscultación. A. pulmonar: crepitantes fino a nivel de la base pulmonar derecha. Hepatomegalia con reflujo hepatoyugular positivo. EEII: pulsos pedios débiles pero presentes. No se aprecian edemas. ECG: arritmia cardíaca por fibrilación auricular a 110 lpm. QRS de 120 ms con morfología de BRDHH. Rx tórax: cardiomegalia con redistribución vascular. Hemograma: 7.500 leucos con la formula leucocitaria normal. Hb 13,1 g/dl. Plaquetas 364.000. Coagulación; INR 1,2. T. protrombina 80%. Bioquímica: glucosa 86. ProBNP 3.159. Resto de los valores normales. Es valorado por el cardiólogo de guarida que decide realizarle un ecocardiograma, donde se observa: ventrículo izquierdo con disfunción sistólica severa (FEVI 31%) Aurícula izquierda dilatada. Ventrículo derecho dilatado con disfunción sistólica. Válvula mitral con velos finos. Insuficiencia central con grado moderado. Insuficiencia tricuspídea por dilatación, sin datos de hipertensión pulmonar. Con el diagnóstico de miocardiopatía dilatada y fibrilación auricular paroxística es ingresado en el servicio de cardiología, donde se le realiza una coronariografía, donde se observan arterias coronarias normales. Durante su ingreso, el paciente evoluciona favorablemente con el tratamiento vasodilatador y diurético, y es dado de alta con farmacoterapia y seguimiento por la unidad de insuficiencia cardíaca.

Juicio clínico: Miocardiopatía dilatada de origen no isquémico con disfunción biventricular. Arritmia cardíaca por fibrilación auricular de reciente diagnóstico.

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad. Neumotórax, edema agudo de pulmón, tromboembolismo pulmonar (descartados por la anamnesis y p. complementarias) arritmias cardíacas. Insuficiencia cardíaca. Miocardiopatías. Valvulopatías. Hipertensión pulmonar.

Comentario final: La mayor parte de los casos de insuficiencia cardíaca se deben a enfermedad del miocardio, según la OMS, dentro de las miocardiopatías la causa más frecuente del síndrome clínico de insuficiencia cardíaca es la miocardiopatía dilatada secundaria (isquémica, valvular, hipertensiva...etc.) o primaria, definida como un trastorno en el que la cámara ventricular muestra un aumento de los volúmenes diastólico y sistólico, así como una disminución de la fracción de eyección ventricular (FEVI 40).

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 6ª edición. Madrid: MSD. 2007.

2. Farreras-Rozman: Medicina Interna. 15ª edición. Madrid: Elseiver. 2004; p. 1728-30.

3. Farreras-Rozman: Medicina Interna. 17ª edición. Barcelona: Elsevier. 2012; p. 1495-512.

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

4. Harrison. Principios Medicina Interna. 18ª edición. Madrid: Mc Graw Hill, 2012; p. 370-5.

5. Hurst. Manual de cardiología. Mc Graw Hill, 2005; p. 441-51.

6. T-Raferty A, et al. Diagnóstico diferencial. 3ª edición. 2012; p. 143-9.

7. Jiménez Murillo L, et al. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª edición. p. 154-7.

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