



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

160/2418 - Doctor, tengo tos por la noche desde hace varios días que no desaparece

Y. Martínez Fernández^a, M. del Campo Giménez^b, M. Azorín Ras^c y C. García Culebras^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 47 años que acude por primera vez a nuestra consulta de Atención Primaria. Refiere llevar varias noches en las que no descansa bien por tos seca de predominio nocturno sin expectoración acompañante, que no llega a remitir. No fiebre, ni infecciones recientes ni otra sintomatología acompañante. No refiere RAMC, HTA, DM, ni dislipemias. No es fumador, con hábito alcohólico ocasional. Intervenido quirúrgicamente por fractura de rótula (osteosíntesis en 2011). No recibe tratamiento habitual a día 25/06/15. Tras resultados en su Centro de Salud se deriva al paciente al servicio de Urgencias del Hospital de Albacete.

Exploración y pruebas complementarias: Centro de Salud: BEG; NH; NP. Consciente y orientado en las tres esferas. Eupneico en reposo. SatO2: 98% TA 188/147 mmHg FC: 160 lpm. Auscultación cardíaca: arrítmica, taquicárdica, sin auscultar soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no se auscultan otros ruidos sobreañadidos. Electrocardiograma en Centro de Salud: fibrilación auricular, frecuencia de 160 lpm. Hospital: TA 166/147 mmHg; ECG fibrilación auricular a 150 lpm, sin signos de isquemia aguda. Analítica en urgencias: TnTus 37, CK 260, glucosa 129, urea 43, Cr 1,3, Na 144 K 3,3, GOT 27, LDH 285, hemoglobina 15,5, plaquetas 312.000, leucocitos 11.680 (64,6% N). Coagulación AP 56, INR 1,49, TTPA 42,5. Sedimento de orina: proteínas 75, resto normal. Rx tórax: cardiomegalia, resto normal. Interconsulta Oftalmología: síndrome vascular esclerohipertensivo leve sin signos de retinopatía en AO. Ingreso hospitalario (Cardiología/Nefrología): Analítica: urea 33; Cr 0,95; Na+ 142; K+ 2,6; pH 7,46; HCO3 27,4; Ca 1,09; TSH 1,34; T4 1,92. Proteinograma sin hallazgos significativos. Autoinmunidad ANA-. Ac citoplasma neutrófilo-IFI negativo. Serología negativa. Aldosterona plasmática: 5,48 ng/dL; ARP (actividad renina plasmática) 0,2 ng/mL/h. IRA (índice renina-aldosterona) 27,4. Ecocardiograma TT y TE: VI dilatado, hipertrófico; FEVI 40-44%; IM leve; AI dilatada con imagen de 6 × 5 mm en zona de bifurcación de lóbulos, que impresiona de trombo. Ecografía abdominal/renal: sin hallazgos significativos. Ecodoppler renal: normal.

Juicio clínico: FA con RVR de inicio incierto. Cardiopatía hipertensiva. Trombo en orejuela izquierda. Insuficiencia mitral leve. HTA secundaria a hiperaldosteronismo primario.

Diagnóstico diferencial: HTA secundaria a hiperaldosteronismo primario. Hipopotasemia farmacológica. Hipertensión esencial. Hipertiroidismo. Sd. de Cushing. Feocromocitoma. Sd. de apnea obstructiva del sueño (SAOS). FA secundaria a ingesta etílica/farmacológica. Cardiopatía hipertensiva. Hiperplasia adrenal congénita. Ingesta crónica de regaliz. Sd. de Liddle. Tumor adrenal.

Comentario final: El paciente fue ingresado en el servicio de Cardiología bajo la supervisión del nefrólogo, dado de alta tras tres semanas de ingreso, con los diagnósticos antes señalados, y tratamiento médico: Adalat 30 mg 1/12h; enalapril 2 mg 1/12h; bisoprolol 5 mg 1/12h; Seguril 40 mg 1/24h; Aldactone 25 mg 1/24h; Sintrom 4 mg. Actualmente el paciente sigue controles por su médico de Atención Primaria, a la espera de acudir a consulta de Cardiología y Nefrología, para completar estudio etiológico y cardioversión eléctrica tras resolución de trombo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez García JL. Diagnóstico, tratamiento médico (DTM). Editorial Marbán, 2011.
2. Fisterra.com: Atención Primaria en la red.
3. Harrison, Principios de Medicina Interna, 18^a edición.
4. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía de diagnóstico y protocolos de actuación. 4^a edición, Elsevier.