



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/960 - Doctora, yo antes caminaba más de 4 horas diarias

A.E. Pérez Díaz<sup>a</sup>, E.M. Fernández Cueto<sup>b</sup>, L. Tomás Ortiz<sup>c</sup>, M. Martínez Hernández<sup>a</sup>, M.N. Plasencia Martínez<sup>a</sup>, M.S. Fernández Guillén<sup>d</sup>, S. López Zacarez<sup>e</sup>, A.M. Fernández López<sup>b</sup>, C. Celada Roldán<sup>e</sup> y E.R. Schmucke Forty<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud San Antón. Cartagena. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Cartagena.

## Resumen

**Descripción del caso:** paciente varón de 76 años, hipertenso en tratamiento con bisoprolol 5 mg e irbesartán/hidroclorotiazida 300/12,5 mg como único antecedente de interés, que consulta por presentar disnea de esfuerzo tras salir a caminar esa mañana, que le obliga a detenerse y volver a su domicilio. Previamente a ese episodio, el paciente caminaba más de 4 horas diarias, sin clínica de insuficiencia cardíaca ni dolor torácico. Esa misma noche comienza con disnea paroxística nocturna, motivo por el que acude a urgencias, sin clínica respiratoria ni infecciosa acompañante...

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. Eupneico, saturando al 98%. No ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca: rítmica, soplos protomesosistólico eyectivo IV/VI en foco aórtico, con R2 conservado, irradiado a carótidas, con soplo sistólico en foco mitral irradiado a axila. Auscultación pulmonar: crepitantes teleinspiratorios bibasales. Abdomen normal. Extremidades inferiores sin edemas. Electrocardiograma: en ritmo sinusal, onda P con signos de crecimiento auricular izquierdo y bloqueo completo de rama derecha. Analítica destaca NT-proBNP: 630,0; resto normal. Radiografía de tórax: cardiomegalia, sin signos de congestión vascular pulmonar ni condensaciones parenquimatosas y diafragmas libres. Ecocardiografía transtorácica: prolapso mitral de velo posterior (no se puede excluir la presencia de cuerda rota) e insuficiencia mitral grave. Estenosis aórtica ligera. VI con hipertrofia moderada, no dilatado. Fracción de eyección conservada. Ecocardiografía transesofágica: prolapso de velo posterior, imagen de flail probablemente por rotura de cuerda, sugestivo de degeneración fibroelástica que genera una insuficiencia mitral grave. Coronariografía: coronarias epicárdicas sin lesiones significativas.

**Juicio clínico:** Insuficiencia mitral grave.

**Diagnóstico diferencial:** Infarto, tromboembolismo pulmonar, neumotórax, neumonía.

**Comentario final:** La disnea aguda tiene un amplio diagnóstico diferencial, siendo necesaria una adecuada anamnesis y exploración física para orientar el caso y llegar al diagnóstico. La insuficiencia mitral puede deberse a degeneración orgánica, isquemia o por dilatación del anillo. La aparición de síntomas congestivos conlleva un empeoramiento pronóstico e indica la intervención quirúrgica, prefiriéndose la reparación valvular a la sustitución protésica, especialmente indicada en el prolapso valvular mitral. En los casos asintomáticos la indicación quirúrgica sigue siendo controvertida.

## Bibliografía

1. Maganti K, Rigolin VH, Sarano ME, Bonow RO. Valvular heart disease: diagnosis and management. Mayo Clin Proc. 2010;85:483-500.

*Palabras clave:* Insuficiencia mitral. Prolapso valvular.