



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

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

^aMédico Residente. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^fMédico 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: prolapsito 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: prolapsito 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 prolapsito 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.