



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

242/4108 - MIOCARDIOPATÍA DILATADA EVOLUCIONADA CON FINAL FATAL. ANÁLISIS DE LA TOMA DE DECISIONES EN EL CASO

J. Álvarez Cabo^a y M. Rueda Cuadrado^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Corvera-Las Vegas. Corvera de Asturias. ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Magdalena-La Carriona. Avilés. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón 71 años, miocardiopatía dilatada desde 1998, BRIHH, insuficiencia aórtica moderada-grave y bloqueo aurículo-ventricular completo, precisó marcapasos endocavitario DDD en diciembre del 2000. Ecografía de inicio: ventrículo dilatado fracción de eyección del 58%. Coronariografía sin lesiones. Intervenido el 23/02/2001 por recambio valvular aórtico con prótesis mecánica. Ecografía de control: ventrículo izquierdo estaba dilatado y la fracción de eyección del 34%. Tratamiento: acenocumarol 4 mg, trandolapril 2 mg., torasemida 5 y nimodipino 30 mg cada 12h. Disnea de esfuerzo de 1 año de evolución, pautándose diuréticos, empeoramiento en los últimos 6 meses, su cardiólogo lo deriva a la Unidad de Arritmias para implantación de desfibrilador automático con resincronizador. Persistiendo la disnea funcional III/IV, por lo que se inicia tratamiento con sacubitrilo/valsartán, mejorando su disnea funcional en dos semanas con una pérdida de peso de 5 kilogramos, pero con empeoramiento clínico a posteriori, disnea funcional grado IV, edemas en miembros inferiores. Su médico deriva a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 86/62, frecuencia cardiaca: 70, pulsioximetría: 92. Ruidos cardíacos rítmicos, clics de prótesis conservados, soplo sistólico II/VI, crepitantes basales bilaterales, hepatomegalia y edemas en miembros inferiores hasta rodilla. Analítica de urgencia: hemograma normal, INR 6,77. Bioquímica: glucosa 116 mg/dl, urea 112, creatinina 1,95 (previa 1,4), Na 136, K 4,5, proteína C reactiva: 77,2, troponina: 0,03 pro-BNP: 20.000. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, ritmo de marcapasos. Rx tórax: cardiomegalia, redistribución, pinzamiento de senos, líquido en cisuras. Ecocardiograma: fracción de eyección: 20%.

Juicio clínico: Insuficiencia cardíaca en paciente con miocardiopatía dilatada no isquémica y FE gravemente afecta.

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar y cardiopatía isquémica.

Comentario final: Una derivación temprana a la unidad de insuficiencia cardíaca por parte de médico de familia o cardiología, puede mejorar el pronóstico del paciente. Existen nuevas posibilidades terapéuticas (sacubitrilo/valsartan, dispositivos de asistencia ventricular) aunque en casos refractarios lo más efectivo es el trasplante cardíaco si está indicado.

Bibliografía

1. Pérez RA, Mayoz LH, Cao NP, Pina MOG. Prognostic value of echocardiography in patients with dilated cardiomyopathy. MediCiego, 2015.
2. Marzal Martín D, López-Sendón Henschel JoL, Rodríguez Padial L. Proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca. Publicación oficial de la Sociedad Española de Cardiología, 2016.

Palabras clave: Miocardiopatía dilatada. Insuficiencia cardiaca.