



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

## 242/910 - NO PUEDO TOMAR SU MEDICACIÓN

E. Martínez de Quintana<sup>a</sup>, J. Ruiz Batista<sup>b</sup>, P. Sánchez Jordán<sup>c</sup> y M. Sampere Gómez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro Auxiliar San Isidro. Albatera. Alicante. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 42 años. Etnia gitana. Fumadora. Miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO). Depresión reactiva. No desea controles ni hablar de su enfermedad, tras abandonar el tratamiento. Su hija falleció por MCHO a los 16 años esperando un trasplante. Se siente culpable y "no puede tomar las mismas pastillas que tomaba su hija". Solicitamos complementarias y consulta en Cardiología, que no realiza (varias veces). Aparición progresiva de disnea, dolor torácico, nicturia y síncope. Consulta por "catarro" que se acompaña de presíncope con los accesos tusígenos y sibilantes dispersos, que tratamos con anticolinérgicos y salbutamol de rescate, sin mejoría. Solicitamos ecocardiografía con empeoramiento frente a las previas y a la espera de Cardiología iniciamos bisoprolol 2,5 mg y furosemida 20 mg/día con mejoría sintomática. Significativa mejora de la clase funcional, con menor frecuencia de dolores torácicos y mareos. Persiste con TA 90/60 y frecuencias de 60 latidos, con lo que mantenemos dosis sin cambios.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión 100/50. Saturación 99% Auscultación: rítmico. Soplo panfocal. Extremidades sin edemas. Analítica: normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 60 latidos. Eje normal. P sugestiva de crecimiento auricular derecho. PR normal. Q en I y aVL. QRS estrecho. Espirometría: normal. Radiografía torácica: cardiomegalia. Redistribución vascular a la periferia con congestión hilar derecha. Ecocardiografía: miocardiopatía hipertrófica septal obstructiva severa en reposo. HVI grave con afectación posterior y septal con extensión a ápex (recuerda una apical). Gradiente dinámico medio ventricular grave. IM leve. IT moderada. HAP moderada.

**Juicio clínico:** MCHO. Asma cardial.

**Diagnóstico diferencial:** Miocardiopatía hipertrófica no obstructiva. EPOC. Estenosis aórtica. Hipertrofia ventricular.

**Comentario final:** En las primeras visitas la paciente no tenía ninguna intención de mejorar su situación. Asociaba ideas pasivas de muerte e importante rechazo a la toma de su tratamiento, ya que era el mismo que precisó su hija. Poco a poco reconoce que no está bien pero no puede hablar de su situación en casa (es "tabú"), así que acude a consulta. La insistencia en que no abandone los controles y la progresión de su enfermedad permiten retomar estudios, reiniciar tratamientos y seguimiento por Cardiología, lo que probablemente aumente su supervivencia.

### Bibliografía

1. Guía práctica clínica de la ESC 2014 sobre el diagnóstico y manejo de la miocardiopatía hipertrófica. Grupo de trabajo de la ESC para el diagnóstico y manejo de la miocardiopatía hipertrófica. Rev Esp Cardiol. 2015;68(1):63.

**Palabras clave:** Miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Asma cordial. Depresión.