



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3487 - MIOCARDIOPATÍA DILATADA: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Martín Mañero^a, A. Santaella García^a, P. Martín Marcuartu^a, A. López León^b, J. Lendínez de la Cruz^c y E. Martín Riobóo^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 49 años. AF de arritmia no filiada en hermanos. AP de inmovilización prolongada por parálisis del tobillo y situación de estrés familiar. Dislipemia. Exfumador desde la juventud. Bebedor de 4 cervezas diarias. Acude a consulta por sensación de disnea desde hace una semana. No tos, fiebre, ni dolor torácico. Se solicita ECG y R diagnosticándose de taquicardia sinusal, tratamiento: bisoprolol 2,5 mg/24h. A la semana persiste sintomatología incrementándose dosis de bisoprolol (2,5 mg/12h). Acude nuevamente por agravamiento de los síntomas derivándose a SCCU con nuevo ECG para descartar TEP (antecedente de inmovilización). En SCCU descartan TEP y diagnostican ansiedad y taquicardia sinusal. Acude nuevamente por agravamiento de disnea a mínimos esfuerzos, ortopnea (dos almohadas) y disnea paroxística nocturna derivando a SCCU con similar diagnóstico al alta. Dos semanas después acude por misma clínica y molestias epigástricas, se solicita ECG con resultado de FIBRILACIÓN AURICULAR y se deriva a SCCU donde diagnostican de miocardiopatía dilatada. Se ingresa en planta de Cardiología. Al rehistóriar al paciente se descubre antecedentes en ambos hermanos de MCD con FEVI de 52% en el primero y MCD, FA persistente y FEVI de 45% en el segundo.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado. No signos de TVP, no edemas maleolares. TA: 112/80. SatO2: 100%. ECG (1): ritmo sinusal a 124 lpm. Hemograma, bioquímica y TSH normales. ECG (2): taquicardia sinusal a 115 lpm. P > 2,5 mm de altura. Rx: ICT en límites superiores de normalidad. ECG(3): FA a 160 lpm. Rx en SCCU: marcada cardiomegalia con signos congestivos compatibles con insuficiencia cardiaca. Ecocardiografía: miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica grave (30%).

Juicio clínico: Miocardiopatía dilatada de probable origen familiar ± alcohólica. Insuficiencia Cardiaca congestiva. FA.

Diagnóstico diferencial: Patología respiratoria: neumotórax, TEP, asma, EPOC. Cardiopatías: valvulopatías, insuficiencia cardiaca, arritmias, miocardiopatías, cardiopatía isquémica. Sistémicas: hipertiroidismo, anemia. Salud mental: ansiedad.

Comentario final: Completar adecuadamente antecedentes familiares. No minimizar una disnea de comienzo subagudo en paciente relativamente joven. Perseverar en consultas recidivantes sobre una patología no filiada.

Bibliografía

1. De Teresa Galván E. Miocardiopía. En: Rozman Borstnar & Cardellach. Farreras Rozman. Medicina Interna, 18^a ed. 2016. p. 514-8.
2. Japp AG, Gulati A, Cook SA, Cowie MR, Prasad SK. The Diagnosis and Evaluation of Dilated Cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(25):2996-3010.

Palabras clave: Disnea. Taquicardia. Miocardiopatía dilatada.