



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

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

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz. <sup>d</sup>Médico 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 rehistoriar 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. SatO<sub>2</sub>: 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 cardíaca. Ecocardiografía: miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica grave (30%).

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

**Diagnóstico diferencial:** Patología respiratoria: neumotórax, TEP, asma, EPOC. Cardiopatías: valvulopatías, insuficiencia cardíaca, 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, 18ª 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.