



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4903 - INSUFICIENCIA CARDÍACA A LOS 40

L. Fernández-Vega Suárez<sup>a</sup>, M. Labrador Hernández<sup>b</sup>, J. Cepeda Blanco<sup>c</sup>, L. Alli Alonso<sup>d</sup>, M. Carlos González<sup>e</sup> y N. Santos Méndez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 45 años, turista, que acude a Urgencias por cuadro de edema en ambas EEII, disnea progresiva hasta hacerse de moderados esfuerzos e hipersonnias diurnas. No presenta historia clínica previa en nuestro sistema informático. Dice estar diagnosticado de enfermedad de Steinert desde hace 4 años, hasta el momento sin tratamiento salvo pautas ocasionales de AINEs y corticoides. No refiere haber presentado dolor torácico, náuseas, pérdida de consciencia ni otra sintomatología además de la previa. Tras evidenciarse cambios en el ECG y dada la clínica de ICC leve del paciente se deriva a cardiología para terminar estudio y ajuste de tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, con rostro congestivo, bien perfundido. Ac: rítmica, sin soplos. Ap: buena ventilación sin ruidos patológicos. Abdomen anodino. Neuro: sin focalidad. Refiere dolor muscular a la exploración de fuerza y tono de las extremidades. Analítica: leucos 8. PCR: 0,1. Hb: 14, troponinas: 0,0. Resto normal. Rx tórax: no presenta derrame ni consolidaciones. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, QRS ancho, BRI no conocido. Sin alteraciones de repolarización. Ecocardiograma: miocardiopatía dilatada FE: 40%.

**Juicio clínico:** Miocardiopatía dilatada secundaria a distrofia muscular tipo I (enf. Steinert).

**Diagnóstico diferencial:** IAM, fármacos, TEP, patología estructural.

**Comentario final:** La distrofia muscular tipo uno de carácter leve se presenta en torno a la 3ª o 4ª décadas de la vida, asociándose a debilidad muscular generalizada, miotonía, hipersomnia y alteraciones cardíacas. En este caso nuestro paciente presentaba una miocardiopatía dilatada leve, quedando en tratamiento con IECAs, Betabloqueantes y diuréticos. Esta enfermedad no tiene tratamiento curativo ni que frene su progresión, por lo que se debe adoptar uno sintomático en función de las manifestaciones que vaya presentando el paciente.

## Bibliografía

1. Bassez G, Lazarus A, Desguerre I, et al. Severe cardiac arrhythmias in young patients with myotonic dystrophy type 1. *Neurology*. 2004;63:1939.
2. Gagnon C, Noreau L, Moxley RT, et al. Towards an integrative approach to the management of myotonic dystrophy type 1. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78:800.

**Palabras clave:** Neuropatía. Insuficiencia cardíaca. Cardiopatía estructural.