Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 1487

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/167 - DOCTOR, LLEVO SIN VER UN MÉDICO DESDE HACE 30 AÑOS

B. García Sánchez[a], D. Arias Ramírez[b], M. De Lima Torres[c] y N. Gil García[a]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aravaca. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años, con obesidad, no otros factores de riesgo cardiovascular ni hábitos tóxicos. Acude a consulta de Atención Primaria por edemas en miembros inferiores y disnea hasta realizarse de mínimos esfuerzos desde hace un mes.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 230/130 mmHg, afebril, SatO2 93%. Auscultación cardiopulmonar con crepitantes bibasales. Edema con fóvea hasta raíz de miembros. Electrocardiograma: taquicardia sinusal y ondas T aplanadas en cara lateral. Analítica: no leucocitosis ni anemia, CK 237 UI/l, CK-MB 8,96 ng/ml, troponina I negativa, proteína C reactiva 2,4 mg/dl, creatinina y sodio en rango, potasio 3,2 mmol/L. Hemoglobina glicosilada 12,6%. Radiografía de tórax: índice cardiotorácico aumentado con datos de redistribución vascular.

Orientación diagnóstica: Fue derivado al servicio de urgencias e ingresado en Cardiología por primer episodio de insuficiencia cardiaca. Se inició balance negativo con diurético intravenoso mejorando clínicamente. Se realizó ecocardiograma con función ventricular disminuida, hipertensión pulmonar y derrame pericárdico, además angioTC que muestra ausencia de tromboembolismo pulmonar y suprarrenales normales. Se descartó patología renal (aldosterona y renina normales). Se realizó pericardiocentesis para estudio microbiológico, citológico y bioquímico sin evidenciar tuberculosis ni malignidad. Se trató con lisinopril, bisoprolol, amlodipino e insulina por su diagnóstico de diabetes mellitus, además colchicina pues no se pudo descartar pericarditis, y espironolactona por hipopotasemia. En analíticas posteriores se evidenció un pico monoclonal de IgG kappa, con biopsia de médula ósea negativa para amiloidosis y proceso linfoproliferativo. Posteriormente en consulta, evolucionó favorablemente, se retiró espironolactona y colchicina, perdió 23 kg, y mejoró su función ventricular y derrame pericárdico.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad coronaria o pericárdica, miocardiopatía, arritmias, tóxicos, trastorno tiroideo, feocromocitoma, amiloidosis cardiaca.

Comentario final: El paciente no había acudido al médico en 30 años, hasta que presentó clínica de insuficiencia cardiaca, dicha clínica era debido a patologías nunca diagnosticadas asintomáticas inicialmente como la HTA y DM. Destacar la importancia de realizar medidas preventivas y diagnóstico precoz sobre factores de riesgo cardiovasculares.

Bibliografía

1. Jiménez AJ. Manual de protocolos y actuación en urgencias, 4ª ed. Toledo: Emergencias; 2016.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca. Derrame pericárdico. Disnea.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.