

424/3485 - VARÓN DE 72 AÑOS CON DOLOR DE MUSLO Y FATIGA

F. Martínez García¹, J. Fernández Villar¹, M. Merino López² y M. Fernández González³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Mansillas de las Mulas. León. ²Enfermera. Centro de Salud Mansillas de las Mulas. León. ³Enfermera. Unidad de Hospitalización. Medicina Interna Caule. León.

Resumen

Descripción del caso: Acude por dolor en el muslo e ingle. Se acentúa al subir escaleras y acostarse sobre ese lado. Su mujer añade que ha estado sulfatando frutales sin ninguna protección personal. Anamnesis: cansancio con tareas del campo y caminar pequeñas distancias. No refiere dolor torácico, ni sudoración fría, ni mareo, tampoco ha perdido el conocimiento. Insiste en que el inicio del cuadro coincide con la sulfatación de la tierra sin ninguna protección de vía aérea. Tos sobre todo nocturna. Nicturia de 4 veces. Antecedentes personales: DM tipo 2. Depresión. Hiperuricemia. No fumador ni alergias. Tratamiento previo: alopurinol, lorazepam, mirtazapina, metformina y naproxeno/esomeprazol.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 148/83, FC 103 lpm, %SO2 97, T^o 36 °C. AP: crepitantes en ambas bases, sobre todo en la derecha y disminución del murmullo vesícula. AC: soplo sistólico en foco aórtico y mitral. No edemas en MMII, ni signos de TVP. Pulso pedios presentes. Inspeccionamos la postura en bipedestación sin apreciar dismetría. En la palpación no se aprecian puntos dolorosos ni atrofias musculares. Marcha antiálgica. Marcha de Trendelenburg. Exploración de la movilidad de la cadera: Test de Thomas negativo. Lasègue positivo y Bragard positiva. Rx: rectificación lumbar. Múltiples osteofitos y disminución de espacio entre L5-S1. Rx de tórax: aumento del índice cardiotorácico. Ocupación de ambas bases, borramiento de la trama broncovascular en ambas bases. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm: PR normal, QRS estrecho, aumento de voltaje QRS en V4-V6, que podría ser indicativo de HVI. Analítica Pro-BNP 2969.

Orientación diagnóstica: Insuficiencia cardiaca (congestiva estadio C). Valvulopatía mitral. Valvulopatía aórtica.

Diagnóstico diferencial: Patología de cadera. Miopatía. Hernia discal. Insuficiencia cardiaca. Edema agudo de pulmón. Bronquitis por aspiración de tóxicos.

Comentario final: La disnea es un síntoma multifactorial que con frecuencia nos puede confundir, siendo preciso en ocasiones discriminar y reorientar la anamnesis. Junto a la exploración y las pruebas complementarias de rutina y facilitado por la accesibilidad de la en AP, nos permite una orientación diagnóstica adecuada. La disnea de origen cardiológico que comentamos en este caso es un claro ejemplo.

Bibliografía

1. Guías Fisterra. Insuficiencia mitral. Disponible en <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/insuficiencia-mitral>. Fecha de la última revisión: 01/04/2019.

Palabras clave: Disnea. Valvulopatía.