

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

424/731 - DISNEA EN PACIENTE JOVEN

R. Rodríguez Godoy¹, C. Lozano Terrón² y M. Mayorga Chamorro³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Axarquia. Málaga.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Mar. Málaga. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Morche. Torrox. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 32 años. Antecedentes personales de interés: esquizofrenia diagnosticada hace 15 años, retraso mental y trastornos de conducta que dificulta la anamnesis. Con tratamiento habitual: lorazepam, levomepromazina y gabapentina. El paciente acude a consulta por cuadro catarral y sensación disneica de tres semanas de evolución asociado a tos con expectoración de coloración blanquecina y malestar general que el paciente ha tratado con tratamiento sintomático. Desde hace dos días la disnea se hace de grado NYHA III, aparece ortopnea y además el paciente describe dolor torácico opresivo que se modifica con la flexión del tronco. En un primer momento se decide comenzar con antibioterapia oral y seguir con tratamiento sintomático.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, orientado, colaborador. Bien hidratado y perfundido. Bradipsíquico. Taquipneico. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos con murmullo vesicular conservado con crepitantes y sibilancias bibasales. El resto de la exploración es normal. Constantes TA: 105/60 mmHg, T^a: 37 °C. SatO₂: 95%. Dados los cambios en la sintomatología del paciente se decide realizar: Analítica de sangre: Hb: 12,6 g/dL. HTO: 37,6%, plaquetas: 314.000 mcL, CK: 681 U/L. Radiografía de tórax: cardiomegalia. ECG: Ritmo sinusal a 95 lpm. PR 220 msec, escasa progresión de r en precordiales derechas. BIRHH.

Orientación diagnóstica: Se pensó en infección respiratoria o mio/pericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: Posteriormente de tener al paciente en consulta se decide cubrir con antibioterapia. Pasados siete días se consiguen tener los resultados de analítica de sangre. El paciente vuelve a consulta a recoger resultados y manifiesta persistencia de sintomatología a pesar de haber insaturado el tratamiento. Es cuando se decide realizar una derivación de forma preferente a cardiología. No hay mejoría del paciente y se recomienda que acuda por urgencias, donde se valora y se ingresa en planta de medicina interna donde se realiza ecocardiografía y se objetiva miocardiopatía dilatada de novo con función sistólica deprimida que hace pensar en una posible distrofinopatía y se solicitan pruebas genéticas.

Comentario final: El paciente comienza tratamiento cardiológico (carvedilol, eplerenona) y se deriva al servicio de neurología para realización de test genético.

Bibliografía

1. Lynne WS. Miocardiopatía y miocarditis. Harrison Principios de Medicina Interna. New York: McGraw-Hill; 2012; p. 1951-70.

Palabras clave: Disnea. Cardiopatía dilatada.