



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/2959 - ¡DOCTOR, ME AHOGO!

E. Romero-Amor Costa<sup>1</sup>, E. Fernández García<sup>2</sup>, A. Baixauli Pérez<sup>3</sup> y M. Leal Salido<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Fuencarral. Madrid. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentelarreina. Madrid. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reina Victoria. Madrid. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón 47 años procedente de República Dominicana con pólipos nasales como único antecedente personal sin tratamiento activo. Acude a consulta por sensación disneica de mínimos esfuerzos y de una semana de evolución. Asocia ortopnea, disnea paroxística nocturna y tos seca. No fiebre ni sensación distérmica. Refiere edemas de MMII desde hace una semana que no presentaba previamente.

**Exploración y pruebas complementarias:** SatO<sub>2</sub>: 93%. FC: 133 TA: 183/140. ACP: rítmico sin soplos. Taquipnea e hipoventilación en base derecha. MMII: pulsos periféricos presentes y rítmicos. Edemas de MMII bilaterales y hasta raíz de miembros. Analítica: leucocitos  $12,5 \times 10^3/\text{ul}$ , neutrófilos  $9,70 \times 10^3/\text{ul}$ , INR 1,5, dímero D 3.045, elevación de enzimas hepáticas. PCR 22,5 mg/dl, creatinina 1,57, FG 51,7 Nt-proBNP 8.501 pg/ml. Rx tórax: cardiomegalia no presente en las previas. AngioTAC: no se observan defectos de repleción en arterias pulmonares. Moderada cuantía de derrame pleural bilateral de predominio derecho. No derrame pericárdico. Cardiomegalia global. ECG: taquicardia a 133 lpm. QRS estrecho con descenso del ST en V5-V6 sobrecarga de cavidades. Ecocardiograma: DSVI severa por hipoquinesia global. Ambos ventrículos ligeramente dilatados y con disfunción sistólica deprimida (FEVI 15%). Ambas aurículas dilatadas. Serologías: Chagas, VRS, HHA, VEB, VHB, VHC, VIH, CMV, sífilis negativos. TAC coronarias: sin lesiones. RNM cardiaca: miocardiopatía dilatada de origen no isquémico.

**Orientación diagnóstica:** Tanto la clínica como la evolución orientaban en un principio hacía patología cardiaca o pulmonar. Considerando la auscultación pulmonar, síntomas como DPN y ortopnea y los edemas en miembros inferiores parece más probable un origen cardiaco para lo que se realizan pruebas complementarias orientadas.

**Diagnóstico diferencial:** Asma/EPOC. Insuficiencia cardiaca/cor pulmonale. Enfermedad de Chagas. Tromboembolismo pulmonar. Pericarditis/miocarditis. Miocardiopatía. Cardiopatía/valvulopatía estructural.

**Comentario final:** La insuficiencia cardiaca es más frecuente en personas de edad avanzada, pero la presencia de síntomas y signos característicos debe ser suficiente para investigar, independientemente de la edad del paciente este caso. Se subraya la importancia de la clínica en la valoración del caso de nuestro paciente.

## Bibliografía

1. Galve Basilio E, Alfonso Manterola F, Ballester Rodés M, Castro Beiras A, Fernández de Soria Pantoja R, Penas Lado M et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en

miocardiopatías y miocarditis. 2019.

**Palabras clave:** Miocardiopatía. Disnea. FEVI.