



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/1252 - UN SOPLO Y ALGO MÁS

A. Bodan Bodan<sup>1</sup>, G. Cascales Guerrero<sup>2</sup> y F. Urban Delicado<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Elche. Centro de Salud Altábix. Alicante.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Pola. Elche. Alicante.<sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Altabix. Elche. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 41 años de edad, que presentaba los siguientes factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, dislipemia y fumador de 20 cigarrillos/día, acudió a la consulta de atención primaria (AP) por presentar episodio de síncope con el ejercicio físico. A la exploración física destacaba soplo sistólico de eyección III/VI no conocido previamente, por lo que se completó estudio inicial desde AP y se derivó a cardiología para valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** En AP: ECG: ritmo sinusal, 60 lpm, eje +60°, elevación de punto J de V3-V5. Analítica sanguínea (AS): LDL 151, resto parámetros dentro de normalidad. En Cardiología: Ecocardiografía: ventrículo izquierdo con hipertrofia septal (18-19 mm). Ventrículo derecho no dilatado con buena función de eyección. Válvula mitral con engrosamiento de la porción libre anterior con movimiento sistólico anterior (SAM) pero sin repercusión hemodinámica sobre válvula aortica. RMN cardiaca: miocardiopatía hipertrófica (MCH) septal, asimétrica con ligera aceleración de flujo a nivel subaórtico pero sin gradiente significativo. Grosor TD máximo de 26 mm. Focos de fibrosis subendocárdicos en segmentos medios de septo y cara lateral, unión interventricular anterior a nivel basal, así como en ambos papilares. Dilatación biauricular. Test Fabry: alfafagalactosidasa 21,2 (normal). Ergometría: ausencia de arritmias significativas. Holter: ritmo sinusal durante todo el registro con FC media de 79 lpm, sin pausas significativas. Complejos auriculares prematuros aislados poco frecuentes. Complejos ventriculares prematuros aislados escasos.

**Orientación diagnóstica:** Miocardiopatía hipertrófica obstructiva con SAM.

**Diagnóstico diferencial:** Cardiopatía hipertensiva, corazón de atleta, amiloidosis, enfermedad de Fabry.

**Comentario final:** La MCH es la causa más frecuente de muerte súbita en población joven aparentemente sana, de ahí la importancia de identificar y tratar a los pacientes de alto riesgo, pues, si podemos evitar la muerte súbita, la calidad de vida de los pacientes será buena y su expectativa de vida comparable a la de la población general.

### Bibliografía

1. <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2009-sec-miocardiopatia-hipertrofica.pdf>
2. <https://www.revespcardiol.org/es-guia-practica-clinica-esc-2014-articulo-S0300893214006204>

**Palabras clave:** Soplo. Síncope. Miocardiopatía.