



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

482/1464 - DOCTORA, POR LAS NOCHES ME FALTA EL AIRE, ¿QUÉ ME PASA?

A. Mancheño Sevillano¹, M. del Río Melgar² y M. Chávez Navarro³

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. ²Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 86 años que consulta vía telefónica por crisis de disnea nocturna, que ceden de forma espontánea, duerme con una almohada aunque anoche necesitó dos. Lleva así dos semanas, empeorando en las últimas 72 horas. Refiere mínimos edemas en miembros inferiores. Niega clínica de angor, palpitaciones, disnea a esfuerzos o recorte de diuresis. Nos refiere que está más decaído últimamente. Se cita presencial para valoración. Como antecedentes personales el paciente es diabético tipo II con buen control e hipertenso. En tratamiento con enalapril 20 mg y metformina 850 mg cada 12 horas.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneico SatO 98%, FC 135, FR 13 rpm AC: tonos taquíarrítmicos con soplo sistólico en foco aórtico III/VI AR: MVC con crepitantes bibasales MMII: edemas con fóvea hasta pantorrilla EKG: FA con RVR a 140 lpm. Eje eléctrico normal, QRS estrecho, sin alteraciones agudas de la repolarización Rx (realizada en Urgencias Hospital): silueta cardiaca normal con pinzamiento de ambos senos costofrénicos y líneas B de Kerley visibles. Analítica: hemograma y bioquímica normal, pendiente proBNP.

Orientación diagnóstica: Dado la clínica que presenta el paciente, la exploración, los hallazgos electrocardiográficos y radiológicos la orientación diagnóstica inicial es fibrilación auricular *de novo* con descompensación cardíaca.

Diagnóstico diferencial: Síndrome ansioso-depresivo Insuficiencia cardiaca *de novo*.

Comentario final: Al paciente en estudios posteriores se le realizó una ecocardiografía donde se evidenció una hipocinesia de la cara inferior con probable origen isquémico y una FEVI del 33%. En pacientes con alteración isquémica del tejido conductor cardiovascular, la aparición de arritmias es más frecuente. La clínica acompañante suele ser inespecífica y es imprescindible una correcta exploración para conseguir una aproximación diagnóstica acertada. En pacientes en edad avanzada el objetivo de la fibrilación auricular es un control de la frecuencia cardíaca, y no un control del ritmo como ocurre en pacientes jóvenes sin afectación estructural.

Bibliografía

1. Torres-Murillo JM, Jiménez-Murillo L, Degayón-Rojo H, Montero-Pérez FJ, López-Granados A, Ruiz-Ortiz M, Suárez de Lezo-Cruz-Conde J. Fibrilación y flúter auriculares. Arritmias auriculoventriculares y arritmias ventriculares. En: Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed.

Barcelona: Elsevier; 2015. p. 160-76.

Palabras clave: Fibrilación. Insuficiencia cardíaca.