

333/145 - DISNEA: MÁS ALLÁ DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

B. Goncalves Molina.

Médico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Villa de Vallecas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 77 años que solicita valoración a domicilio por disnea de mínimos esfuerzos, asociada a tos irritativa con dificultad para expectorar, ortopnea y edema periorbitario. Estuvo ingresado recientemente por descompensación de Insuficiencia Cardíaca y posterior al alta fue intervenido de RTU de próstata por HBP. Antecedentes personales: HTA, DL, Cardiopatía isquémica crónica, FEVI 40%, Portador de marcapasos, Vasculitis leucocitoclástica, púrpura y proteinuria en septiembre de 2017 con depósito de IgA en biopsia cutánea. EPOC.

Exploración y pruebas complementarias: En domicilio: Buen estado general, eupneico. SatO2 90%. AP: MVC con crepitantes en ambas bases. No edema en miembros inferiores. Ante estabilidad del paciente se decide incrementar dosis de furosemida y restringir ingesta de líquidos con lo cual no presenta mejoría por lo que acude a urgencias del Hospital donde ingresan. La analítica de sangre muestra anemia ferropénica, deterioro de la función renal y Nt-proBNP 27671. Gasometría arterial con datos de insuficiencia respiratoria. Rx de tórax: Cardiomegalia sin otras alteraciones. Administran tratamiento deplectivo, hierro y dan de alta con oxigenoterapia. Presenta mala evolución desde el alta, asociando episodios de epistaxis diarias. Es valorado por Cardiología donde evidencian dilatación y disfunción severa del ventrículo derecho en ecocardiograma (no objetivada anteriormente). Amplían estudio con angio-TC, gammagrafía V-P y ecocardiograma transesofágico que descartan TEP, pero muestran signos indirectos de HTP precapilar. Realizan cateterismo derecho en el que no se ven datos de HTP significativa, constatando ausencia de congestión e IC. Teniendo en cuenta el antecedente reciente de vasculitis con afectación cutánea, renal y ORL, con una VSG de 90 actualmente, atribuyen el cuadro actual a esta entidad. Administran metilprednisolona con mejoría. Dan de alta con Rituximab.

Juicio clínico: Vasculitis de pequeño vaso con afectación sistémica.

Diagnóstico diferencial: Descompensación de su insuficiencia cardíaca. TEP. Exacerbación de EPOC. Infección respiratoria.

Comentario final: Se trata de un caso complejo que hace sospechar una descompensación de IC y tras fracaso del tratamiento y un amplio estudio se llega a un diagnóstico no pensado. Al encontrarnos en un medio rural con las dificultades que eso implica, se decidió derivación para manejo hospitalario.

Bibliografía

Martín-Suñé N, Ríos JJ. Afectación pulmonar de las vasculitis. Arch Bronconeumol. 2012. 48:410-8.

Palabras clave: Disnea, vasculitis, pequeño vaso.