



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/41 - Con el alcohol no se juega

K.P. Baldeón Cuenca<sup>a</sup>, A. Nofan Maayah<sup>b</sup>, V.E. Choquehuanca Núñez<sup>c</sup>, M. García Aroca<sup>d</sup>, A. Vásquez Sánchez<sup>e</sup>, J. Sabino Serrano<sup>f</sup>, A.J. Albarracín Contreras<sup>g</sup>, L. Cotruta<sup>h</sup>, M. Montes Pérez<sup>i</sup> y J. Villar Ramos<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Besaya. Corrales de Buelna. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isabel II. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Dolores. Cartagena. <sup>e</sup>Médico de Familia; <sup>h</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Cirugía General. Hospital Sierrallana. <sup>f</sup>Médico Residente de 4<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Laredo. <sup>g</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. <sup>i</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Santander. <sup>j</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 53 años acude a Consulta de Atención Primaria refiriendo episodios nocturnos de dolor torácico de perfil típicamente anginoso. Interrogado, refiere tener estos episodios desde hace meses, los cuales se presentan desde hace tiempo de forma frecuente tanto de día como de noche, habiéndose hecho cada vez más frecuentes y duraderos. Antecedentes personales: NAMC. Fumador activo severo, 40 cigarrillos/día. Alcoholismo crónico de larga evolución, trastorno de control de impulsos. Cardiopatía isquémica, IAMNEST inferior con FEVI normal. Paciente poco colaborador, no sigue tratamiento adecuadamente, ni control de factores de riesgo cardiovasculares. Difícil seguimiento de su pluripatología. IQ: bypass fémoro-femoral bilateral. Tras exploración física, electrocardiograma y valoración de situación actual del paciente se decide derivar al Servicio de Urgencias e ingreso en Cardiología para completar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, sobrepeso, normocoloreado, eupneico en reposo, afebril. TA: 150/100 mmHg; FC: 75 lpm. Cabeza y cuello: No ingurgitación yugular ni soplos. Auscultación cardiopulmonar: dudoso R3 suave en ápex, MVC, sin ruidos patológicos añadidos. Abdomen anodino. EEII: sin edemas, pulsos distales presentes salvo pedio izquierdo. Electrocardiograma: RS. Pobre crecimiento de la R en precordiales derechas. ST rectificado V5, V6, I, aVL con T isodifásica. Analítica: Hb 15,30 g/dL, plaquetas 309 × 1.000/?L glucosa 85 mg/dL, urea 30 mg/dL, creatinina 0,95 mg/dL, GOT/AST 21 U/l, GPT/ALT 37 U/l, sodio 139 meq/l, potasio 5,1 meq/l, HDL 29 mg/dL, LDL 185 mg/dL. Ecocardiograma: miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica moderada a expensas de alteraciones segmentarias extensas sugestivas de enfermedad coronaria multivaso subyacente. No áreas de adelgazamiento miocárdico a excepción del segmento inferobasal. Se realizó coronariografía y se dio de alta al paciente con tratamiento y recomendaciones para control de factores de riesgo.

**Juicio clínico:** Angor inestable. Miocardiopatía dilatada isquémica con disfunción sistólica moderada. Datos de isquemia miocárdica extensa, sugestiva de enfermedad coronaria multivaso.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad coronaria, infarto de miocardio, tirotoxicosis, anemia grave.

**Comentario final:** El consumo crónico y excesivo de alcohol tiene un efecto deletéreo sobre el miocardio y da lugar a una miocardiopatía congestiva conocida como miocardiopatía alcohólica. Aunque el alcohol consumido a dosis bajas parece tener un efecto cardioprotector, consumido a dosis altas es, indudablemente, un tóxico para el miocardio. De este modo el consumo crónico de alcohol causa, inicialmente, una disfunción ventricular que puede ser sistólica y/o diastólica y puede inducir en un porcentaje más reducido de pacientes una miocardiopatía congestiva. El tratamiento de la miocardiopatía alcohólica es similar al de las otras causas de miocardiopatía congestiva. No obstante, el principal factor pronóstico es la capacidad de abstinencia alcohólica, junto al grado de disfunción cardíaca en el momento del diagnóstico. Algunos alcohólicos muestran una reversibilidad total, mientras que otros sólo presentan una reversibilidad parcial. En cambio, los pacientes que mantienen una ingesta enólica superior a 80 g al día muestran un deterioro progresivo de la función cardíaca hasta llegar a la muerte. La mortalidad en estos casos es del 50% a los 5 años.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wijns W, Kohl P, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliguet T, Garg S, Huber K, James S, Knuuti J, Lopez-Sendon J, Marco J, Menicanti L, Ostojic M, Piepoli MF, Pirlet C, Pomar JL, Reifart N, Ribichini FL, Schalij MJ, Sergeant P, Serruys PW, Silber S, Sousa Uva M. Eur Heart J. 2010;31:2501-5.