



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/185 - UNA MIOCARDIOPATÍA HIPERTENSIVA SIMULANDO UN SCASEST

N. Guelai^a, A. García-Lago Sierra^a, B. Martínez Sanz^b, C. Fernández Galache^c, D.M. Robaina Cabrera^d, I. Galán López^e, L.P. Salag Rubio^f, M. Anta Fernández^g, J.M. Bravo González^h y M. Seco Calderónⁱ

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Cantabria. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Zapatón. Torrelavega. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal. ^gMédico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. ^hServicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁱMédico de Familia. CS Dávila. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 80 años, excelente calidad de vida. HTA. DLP. Asma bronquial. Síncopes en el contexto de ACxFA que requirió implantación de marcapasos por disfunción sinoauricular. Tratamiento habitual con: Sintrom 4 mg, candesartan 8 mg, omeprazol 20 mg, digoxina 0,25 mg, Seguril 40 mg, Veriscal D, Lexatin 1,5 mg, Ventolin 100 µg, Seretide 50/250 µg. Acude a la consulta de su médico de Atención Primaria por cuadro de dolor centrotorácico opresivo no irradiado, mientras caminaba, con cortejo vegetativo de una hora de duración que se acompaña de disnea.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, TA 198/118, FC 75 lpm, SatO₂: 98%, regular estado general. Pálida y sudorosa sin aumento de PVY ni datos de insuficiencia cardiaca. AC: arritmica, sin soplos. AP: movimiento vesicular conservado. Abdomen: anodino. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de TVP, pulsos+. Se le realiza EKG: AcxFA 70 lpm Eje +45 T negativas V4-V6 y II, III, aVF se le administra 2 Vernies sublingual por lo que cede el dolor se comenta el caso con la unidad de Coronarias por sospecha de SCASEST. Y se decide traslado sin poner ningún tratamiento inicial por indicación de los cardiólogos. Una vez en el hospital: Analítica: bioquímica (urea 54, resto normal). Hemograma: normal, APT 32%, INR 2,2, sin elevación de marcadores de daño miocárdico. ECG: alterna ritmo propio con ritmo marcapasos a 60 lpm. FA a 60 lpm con alteraciones de la repolarización compatibles con sobrecarga de presión presente en previos sin cambios evolutivos. Rx tórax: silueta cardiaca normal. No infiltrados. Ecocardiograma trastrácico: hipertrofia ligera-moderada de VI con FE 55-60%. Esclerosis aórtica. IM en rango ligero. VD normal.

Juicio clínico: Miocardiopatía hipertensiva.

Diagnóstico diferencial: Miocardiopatía hipertrófica. Miocardiopatía dilatada. miocardiopatía restrictiva.

Comentario final: Durante su ingreso en planta la paciente permanece estable no presentando nuevos episodios de dolor torácico a pesar de realizar actividad física. Presenta, de forma mantenida, cifras elevadas de TA que se controlan mediante el aumento de su medicación antihipertensiva e insistiendo en medidas dietéticas. Dada su buena evolución y la estabilidad clínica, se decide alta. Es fundamental realizar un control estricto de la dieta evitando el consumo de alimentos con sal y tratamiento con candesartan 16 mg/hidroclorotiazida 25 mg un comprimido en el desayuno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bendersky M, Piskorz D, Boccardo D. Cardiopatía hipertensiva.
2. López Salazar B, González Miqueo A, Laviades Álvarez C, et al. Avances en el diagnóstico de la cardiopatía hipertensiva.