



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/33 - DOCTORA, ¡ME AHOGO, ESTOY MUY NERVIOSO!

S. Díez Martínez^a, Á. González Díaz-Faes^b, L. de la Fuente Blanco^c, A. Fernández Serna^d, L. Gómez Ruiz^e, C. Fortuny Henríquez^f, M. Arques Pérez^g, M. de la Hoz Gutiérrez^h, R. López Sánchezⁱ y J. Cuevas Mantecón^j

^aMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander. ^bMédico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. ^cMédico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. ^gMédico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. ^hMédico de Familia. SUAP Santander. ⁱMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^jEnfermero. SUAP El Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años que acude por clínica de fatiga más intensa por la noche, con edemas en extremidades inferiores. El paciente refiere cuadro catarral valorado por su MAP en tratamiento con aines y codeína. En la exploración cardíaca se objetiva fc 180 lpm arrítmica, por lo que se decide derivación en trasporte sanitario para valoración por SUH. Antecedentes personales: sin alergias conocidas, Sin antecedentes de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Obeso, TA 170/80. Sat O2 99%, Fc 180, con clínica de ataque de pánico que aumenta en el momento que se le va a coger una vía (reconoce posteriormente tener cuadro de fobia a su propia sangre). Hemograma: leucocitos $11,9 \times 10^3/\mu\text{L}$ hemoglobina 15,7 g/dL, hematocrito 49,3%, plaquetas $180 \times 10^3/\mu\text{L}$. TP (actividad de protrombina) 75. Bioquímica: TSH 3,61 mIU/L, glucosa 277 mg/dL, urea 40 mg/dL, creatinina 0,89 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 4,4 mEq/L, troponina 0,04 ng/mL. Tóxicos en orina: benzodiacepinas positivo. Ecocardiotransesofágica: FEVI 35%, no valvulopatías, imagen en orejuela izquierda sugestiva de trombo.

Juicio clínico: ACXFA. Taquimiacardiotiopatía con disfunción sistólica moderada grave. Hiperglucemias. Diabetes mellitus tipo 2. Probable trombo en AI.

Diagnóstico diferencial: La FA aparece cuando existen: 1. Alteraciones estructurales: fibrosis, dilatación, hipertrofia o enfermedades infiltrativas (amiloidosis, hemocromatosis, sarcoidosis). 2. Alteraciones electrofisiológicas con cambios en el potencial de acción auricular, acortamiento del período refractario y modificación en el transporte intracelular de calcio. 3. Otras alteraciones estructurales derivadas de obesidad, alcohol, drogas e hipertiroidismo.

Comentario final: La prevalencia de la FA aumenta con la edad, siendo del 0,6% en pacientes entre 40-49 años, A pesar de que el paciente no estaba diagnosticado presentaba como causas no cardíacas la HTA, la diabetes, y la obesidad y como causa cardíaca la miocardiopatía. Se inicio tratamiento con antidiabéticos orales, anticoagulación y frenador de frecuencia. Se ha realizado cardioversión eléctrica que no fue eficaz y está pendiente de ablación.

Bibliografía

1. Formiga F, coord. Protocolos-Nuevos retos en fibrilación auricular. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Interna; 2012.

Palabras clave: fibrilación auricular. Diabetes mellitus.