

350/14 - NO TENER 'ANSIEDAD' POR LLEGAR RÁPIDO AL DIAGNÓSTICO

David Jovaní Sales¹; Cristina Macián Renau².

¹Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital la Plana. Castellón.; ²Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital la Plana. Centro de Salud Bóvila. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años obesa y fumadora; sin otros FRCV ni antecedentes personales ni familiares de interés que acudió a la Consulta de Atención Primaria (AP) por disnea de 2 semanas de evolución que progresivamente había empeorado hasta hacerse de mínimos esfuerzos en los últimos 3-4 días. Asociaba despertares nocturnos con sensación de falta de aire que ella relacionaba con un periodo de mayor estrés. Afebril con auscultación pulmonar normal. Exploración cardíaca con taquicardia regular a 120lpm, sin soplos ni signos de insuficiencia cardíaca (IC). Tensión arterial normal. Pruebas complementarias: En AP se realizó un ECG y RX tórax urgentes, donde se evidenciaron alteraciones eléctricas y estructurales a nivel cardíaco y derrame pleural. En Urgencias Hospitalarias se solicitó una analítica que mostró una anemia micrótica hipocrómica y una elevación del proBNP con troponina negativa. Ante la sospecha de IC, se realizó una ecografía transtorácica (ETT) donde se identificó una miocardiopatía dilatada (MCD) severa que condicionaba una disfunción sistólica severa y una insuficiencia mitral (IM) moderada.

Exploración y pruebas complementarias: ECG: Taquicardia sinusal de QRS ancho a 103lpm con BCRIHH. Rx tórax: Cardiomegalia. Derrame pleural izquierdo. ETT: MCD con disfunción sistólica severa (FEVI 25%). Severa hipocinesia global asincrónica por BCRIHH. IM moderada.

Juicio clínico: Debut de insuficiencia cardíaca por MCD severa.

Diagnóstico diferencial: EPOC, asma, neoplasia pulmonar, neumotórax, tromboembolismo pulmonar, neumonía, insuficiencia cardíaca, hipertiroidismo, anemia, ansiedad.

Comentario final: Tras completar el estudio cardíaco con RMN, se descartó el origen isquémico de la MCD y se estableció como probable causa la asincronía cardíaca debido al BCRIHH. Actualmente, se encuentra en tratamiento frente a la IC y a la espera de evolución. Cuando aparece el síntoma "disnea" en un paciente joven, nuestro planteamiento diagnóstico suele incluir en los primeros lugares la "ansiedad". No obstante, siempre deben realizarse una anamnesis y una exploración física adecuadas y, en función de los resultados, un ECG ya que es una prueba inocua, coste-efectiva y útil para orientar el diagnóstico.

Palabras clave: Disnea, insuficiencia cardíaca, miocardiopatía dilatada, ansiedad.

Bibliografía

Jiménez-Murillo L, Montero FJ, editores. Medicina de Urgencias y Emergencias. 5^a ed. Elsevier. Barcelona 2015.