



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/115 - NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

M. Bernal Hinojosa^a, M. Garrido Almazan^b, E. Espínola Coll^c, J. Garrido González^d, B. García Gollonet^e y J. Cano García^f

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga. ^bMédico residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga. ^dEnfermero. Centro de Salud Carranque. Málaga. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 42 años, sin alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos conocidos. Antecedentes de diabetes insulino dependiente, con mal control y escaso cumplimiento terapéutico. Intervenido de apendicectomía. En tratamiento con AAS, metformina e insulina. Acude a consulta por cuadro catarral con tos y disnea progresiva de 2 semanas de evolución, por lo que se realiza radiografía de tórax que es normal y se inicia tratamiento antibiótico. Evoluciona desfavorablemente, con edematización progresiva periférica y aumento de la disnea hasta hacerse de moderados esfuerzos, con ortopnea. Se inicia tratamiento deplectivo sin mejoría. Ante el aumento progresivo de la disnea y la evolución tórpida, se deriva al paciente a urgencias para valoración por Cardiología.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientado, colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. No ingurgitación yugular. Tonos cardiacos rítmicos, con ritmo de galope. No soplos. Crepitantes en base derecha. Abdomen anodino. Edemas con fóvea hasta rodillas. Analítica de sangre normal, destaca NT-proBNP 648 y PCR 12,9. Radiografía de tórax con aumento del índice cardiorácico. ECG: ritmo sinusal a 104 lpm, eje izquierdo, Q en III y aVF. Ecocardiografía: dilatación ventrículo izquierdo con hipoquinesia global y función sistólica global severamente deprimida, válvula tricúspide con regurgitación severa, ventrículo derecho limítrofe e hipocontráctil, dilatación biauricular, leve derrame pericárdico posterior. Cateterismo cardiaco sin lesiones angiográficamente significativas.

Juicio clínico: Insuficiencia cardiaca de novo. Miocardiopatía dilatada de etiología no isquémica con función sistólica global severamente deprimida.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria, asma, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca.

Comentario final: Al tratarse de un paciente joven que comienza con disnea, se etiquetó desde el inicio de infección respiratoria. Por lo que las numerosas veces que acudió tanto al centro de salud como a las urgencias, se diagnosticó de cuadro respiratorio y su evolución. En este caso, deberíamos

haber tenido en cuenta el debut de la insuficiencia cardiaca en un paciente joven y sin desencadenante aparente, antes de iniciar tratamiento deplectivo sin más. Ante la mala evolución del paciente, con aumento progresivo de la disnea y aumento de la edematización periférica, se decidió valoración por cardiología de forma urgente. Durante el ingreso evolucionó favorablemente con tratamiento diurético. Continúa en estudio para conocer el origen de la miocardiopatía dilatada.

Bibliografía

1. Scirica BM, Bhatt DL, Braunwald E, Steg G, Davison J, Hirshberg B, et al; for the SAVORTIMI 53 Steering Committee and Investigators. Saxagliptin and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 2013;369:1317-26.
2. Komajda M, Ruschitzka F. El año 2015 en cardiología: insuficiencia cardíaca. *Rev Urug Cardiol.* 2016;31:326-32.