



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1627 - DESDE EL CERTIFICADO MÉDICO HASTA EL TRASPLANTE CARDIACO

C.R. Sese Domínguez^a, A. Gómez Perera^b, L. Gómez Perera^b e I.M. Guerra Hernández^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Taco. La Laguna. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Santa Cruz de Tenerife Sur. Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 23 años asintomático, que solicita certificado médico. Abstemio, consume tabaco hace 4 años (IPA 10) y cannabis esporádicamente, activo no deportista. Familia paterna originaria del noroeste de Tenerife con muerte precoz por evento cardiaco no filiado.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiaca arrítmica. Electrocardiograma (ECG) con extrasístoles ventriculares (EV) aisladas y bigeminismos. Derivamos a Cardiología. Ecocardiografía: ventrículo izquierdo (VI) ligeramente dilatado sin hipertrofia (HV), fracción de eyección (FE) 45%, Holter: arrítmico, EV; cateterismo sin obstrucciones. Prescriben bisoprolol 2,5 mg/24h y estudio pretransplante.

Juicio clínico: Miocardiopatía dilatada (MCD) enfermedad miopericárdica con FE45.

Diagnóstico diferencial: Arritmias supraventriculares. Enfermedades sistémicas, tóxicas, metabólicas. Enfermedades pericárdicas, reumáticas, congénitas.

Comentario final: Las miocardiopatías son enfermedades primarias del miocardio con disfunción mecánica y/o eléctrica, dilatación e HV. La OMS las clasifica en primarias (genéticas) o secundarias (adquiridas). Fisiopatológicamente pueden ser dilatadas o hipertróficas. Causan dilatación y deterioro funcional ventricular. Se transmite por herencia autosómica dominante con penetración variable y presentación incompleta en la mayoría de las familias. Otras causas son inmunosupresores, malnutrición. La prevalencia en occidente es 36/100.000 habitantes. En asintomáticos un 20% tienen dilatación de VI, disfunción leve el 6% y franca el 3%, observándose hallazgos inmunohistoquímicos similares a los sintomáticos. Desencadenantes de MD son: HTA, factores genéticos, virus, tóxicos, isquemia, estrés cardiovascular, taquiarritmias, autoinmunidad. La sintomatología y tratamiento son iguales a la insuficiencia cardiaca. Se diagnóstica por historia, ECG (inespecífico), péptidos-natriuréticos, radiografía-tórax, ecocardiografía, cateterismo, resonancia y biopsia. Su pronóstico varía desde favorable a fulminante con muerte y urgente trasplante cardíaco. La mortalidad a los 5 años oscila entre 30-36%. El 50% responde bien al tratamiento. Un 16% pueden tener curso fulminante. El 20% mueren el primer año por muerte súbita o insuficiencia cardiaca. Los betabloqueantes e IECA mejoran la FE en el 50% de los casos, el 16% la normaliza, y el 33% progresa lentamente. Un desfibrilador-automático-implantable (DAI) mejora el pronóstico. El médico de AP es imprescindible para detectar la enfermedad en fase inicial o subclínica. Realizará seguimiento individualizado a los familiares asintomáticos sobre consejo genético y estilos de vida,

con la finalidad de alcanzar un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar la progresión de la enfermedad y disminuir la mortalidad.

Bibliografía

1. García Acuña JM, López Lago AM, González Juanatey JR. Miocardiopatía. Clasificación. *Medicine*. 2013;11:2296-305.
2. García Acuña JM, López Lago AM, González Juanatey JR. Miocardiopatía dilatada. *Medicine*. 2013;11:2500-6.

Palabras clave: *Miocardiopatía. Miocardiopatía dilatada.*