



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1756 - DISNEA EN PACIENTE OBESO Y DIABÉTICO

P. Gonzáles Flores¹, M. Ochoa Alcalá², O. Salazar Trigoso³ y C. Cabistañ Arbiol⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud les Fontetes. Cerdanyola del Vallès. Barcelona. ²Enfermero. Hospital General de Catalunya. Barcelona. ³Médico de Familia. Hospital Universitario Muta de Terrassa. Barcelona. ⁴Directora. CAP Canaletes Fontetes. Cerdanyola del Vallès. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 72 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg al día, diabetes mellitus en tratamiento con metformina 1.700 mg/día, obesidad grado II. Ex fumador (índice tabáquico 50 paq/año). Explica disnea de esfuerzo progresiva. Además edemas de miembros inferiores y disminución de la diuresis. No explica dolor torácico, pero sí que refiere que desde hace días presenta dolor en ambos hombros.

Exploración y pruebas complementarias: TA 100/66 mmHg, pulsioximetría 92% FC 65 x' FR 24 x' Peso 125 Kg. Respiratorio: algunos crepitantes en base derecha. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. Soplo II/VI foco mitral. Edema blando en miembros inferiores hasta la rodilla. Exploraciones complementarias: ECG: ritmo sinusal. FC 72 x' PR 0,16 QRS 0,11 Bloqueo rama izquierda (no conocido previamente) Radiografía tórax (urgente): Aumento del índice cardiotorácico. Redistribución vascular. Analítica (urgente): Hb 11,1 g/dL, glucosa 136 mg/dL, urea 43 mg/dL, creatinina 1,86 mg/dL FG 54 ml/min (previo 72 ml/min), sodio 129 mmol/L, potasio 4,1 mmo/L.

Orientación diagnóstica: Disnea de esfuerzo: a descartar patología cardiopulmonar.

Diagnóstico diferencial: Probable insuficiencia cardiaca aguda de debut. Cardiopatía isquémica de presentación atípica. Probable enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Evolución: se decide derivar al paciente a los servicios de urgencias del hospital de referencia ante la posibilidad de insuficiencia cardiaca de debut: Tendencia a la hipotensión, insuficiencia renal aguda. En servicio de urgencias: 1. Analítica: ProBNP 9.560 troponina I 1,5 ng/mL (valor normal < 0,017). 2. Ecocardiografía: FEVI 33%. Acinesia de cara anterior. Líneas B pulmonares. Queda ingresado en servicio de cardiología. Se realiza cateterismo cardiaco: lesión crítica en descendente anterior con implantación de stent farmacoactivo. En consultas posteriores se confirma EPOC.

Comentario final: Considerar en pacientes diabéticos y obesos la posibilidad de isquemia silente.

Bibliografía

1. Feng A, Peñal Y, Li W. La cardiopatía isquémica en pacientes diabéticos y no diabéticos. Rev Haban Cienc Méd. 2017;16:1829.
2. Piña Y, Cruz L, Parlá J. Isquemia miocárdica silente en diabéticos tipo 2. Rev Cubana

Endocrinol. 2012;23:23-31.

Palabras clave: Disnea. Insuficiencia cardiaca.