Semergen. 2015;41 (Espec Congr):938

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/751 - PÍLDORA 4 EN 1

R.J. Reyes Vallejo[a], R.S. Fernández Márquez[b], F. Leiva Cepas[c], I. López López[d], A. Cabello Chanfreut[e], E.M. Romero Rodríguez[f], J. Jiménez Gallardo[g], F.F. Fernández Rodríguez[h], J. García Cintas[a] y L. Ojeda López[i]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. [b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarrubia. Córdoba. [c]Médico de Familia. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. [e]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Villarrubia. Unidad de Gestión Clínica Occidente. Córdoba. [f]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Occidente. Córdoba. [g]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba. [h]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Sur. Córdoba. [i]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almodóvar del Río. Córdoba. Zona I.

Resumen

Descripción del caso: Tratamiento: propanolol, furosemida, clopidogrel, carbimazol, levetiracetam, sulfato ferroso y vitamina B 12. Paciente que debuta con temblor esencial y que no toleró primidona, por lo que se le prescribió propanolol. Años más tarde se inicia un cuadro de fibrilación auricular que se trata con acenocumarol. Como complicación a este tratamiento se desarrolló un hematoma subdural que obliga a la retirada de cumarinas y tratamiento con heparina y AAS, que debe de ser igualmente retirado por sangrado. Al acudir a Urgencias con clínica de insuficiencia respiratoria se le retira el tratamiento β-bloqueante; días más tarde acude de nuevo por sintomatología de EAP y empeoramiento de su FA de base; durante el ingreso hospitalario se detectó además empeoramiento de su patología tiroidea previa que requirió tratamiento con antitiroideos y propanolol. Aun así esta paciente, que era poco consultadora, padecía migraña desde la infancia. La paciente es ingresada en Medicina Interna, donde tras la valoración global de su patología previa y el posible tratamiento más efectivo se decide prescribir de nuevo propanolol, para el correcto tratamiento de: temblor esencial, hipertiroidismo, control de frecuencia, hipertensión arterial, angor y control de crisis de migraña. Diagnóstico definitivo: EAP por FA rápida secundaria a crisis tirotóxica.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: paciente consciente, orientada y colaboradora. Estable hemodinámicamente y eupnéica en reposo. Cuello: bocio y adenopatías laterocervicales no palplables. ACR: tonos arrítmicos con soplo diastólico mitral I/IV, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: sin hallazgos patológicos valorables. MMII: edemas maleolares sin fóvea. Exploración neurológica: pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada y simétrica. No dismetría. No disdiadococinesia. Sin signos de meningismo. ECG: FA a buena frecuencia. Sin otras alteraciones agudas de la repolarización. Rx de tórax: sin condensaciones ni derrames.

Juicio clínico: Temblor esencial. Fibrilación auricular. Hipertensión arterial. Hipertiroidismo.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia adrenal. Asistolia. Síndrome de Brugada. Disección aórtica. Bloqueo cardíaco. Hipoglucemia. Hiponatremia. Embolia pulmonar. Intoxicación por fármacos tirotóxicos. Taquicardia multifocal. Infarto de miocardio.

Comentario final: En muchas ocasiones, se ven pacientes de Atención Primaria con tratamientos de larga duración, que en el contexto médico actual pueden estar obsoletos. En este caso clínico, la paciente conseguía un efectivo control de 5 patologías potencialmente muy graves con un solo fármaco. Evaluar el paciente en su conjunto, unido a su MAP que suele conocer a sus pacientes con años de evolución es fundamental en el momento de comenzar, añadir o retirar una nueva alternativa terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kastrup EK. Drugs, Facts and Comparisons. 59ª edición. St. Louis. Facts and Comparisons; 2005.

2. Sannito N, Lovreglio V. Woman and cardiovascular diseases. Minerva Cardioangiol. 2002;50:107-16.

3. Glikson M, Freimark D, Leor R, Schechter M, Kaplinsky E, Rabinowitz B. Unstable anginal syndrome and pulmonary oedema due to thyrotoxicosis. Postgrad Med J. 1991;67:81-3.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.