



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2578 - UNA MIOCARDIOPATÍA DE CAUSA POCO HABITUAL...

L. Valls Cassi<sup>a</sup>, À. Casaldàliga Solà<sup>b</sup>, M.Q. Lorente Márquez<sup>c</sup>, C.M. Leey Echavarria<sup>b</sup>, A.M. Serrano González Ep Koessler<sup>b</sup>, L. Pont Serra<sup>c</sup>, A. Junyent Bastardas<sup>c</sup>, N. Busquet Solé<sup>d</sup>, M.A. Cuberas Mas<sup>d</sup> y A. Soler Costa<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Sagrada Família. Manresa. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico Adjunto de Familia; <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Manresa 4. Barcelona. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Plaça Catalunya-Manresa 2. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 53 años que consulta por disnea, ortopnea y DPN de dos meses de evolución. Antecedentes de interés: fumador ocasional, enolismo moderado (3UBE/día), dislipemia en tratamiento con dieta, FA paroxística (CHA2DS2VASc 1 y HASBLEED 0), linfoma Hodgkin a los 12 años de edad tratado con QT/RT durante 1 año y libre de enfermedad desde entonces, esplenectomía y apendicetomía. Niega tomar tratamiento habitual. Clínicamente presenta disnea con el ejercicio y en subidas, ortopnea de 2 cojines i episodios de DPN. También describe dolor torácico opresivo en relación al esfuerzo, sugestivo de angina. Niega dolor torácico en reposo. Refiere palpitaciones esporádicas irregulares.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 110/70 mmHg, FC 70 lpm, SatO<sub>2</sub> basal 93%. BEG, NC y NH. AC/tonos rítmicos. Soplo sistólico aórtico que borra 2º tono y soplo mitral. No edemas. AP/MVC sin ruidos sobreañadidos. ECG: RS a 100 lpm, PR normal, QRS con morfología de HBAHH, signos de sobrecarga ventricular. Rx tórax: marco óseo conservado. Cardiomegalia. No infiltrados ni condensaciones. Senos costofrénicos libres. Ecocardiografía (en ritmo de FA): VA dilatado, disfunción ventricular severa por hipocinesia global (FEVI 26%). Insuficiencia mitral moderada-grave. Doble lesión aórtica con estenosis grave e insuficiencia moderada-severa. Hipertensión pulmonar severa. Aurícula izquierda dilatada.

**Juicio clínico:** Se orienta como miocardiopatía valvular aórtica con criterios quirúrgicos y con un componente secundario a miocardiopatía por quimioterapia/radioterapia. A la espera de valoración por Cirugía Cardíaca se pauta tratamiento con ramipril 2,5 mg 1/24h, bisoprolol 1,25 mg 1/24h, atorvastatina 20 mg 1/24h y sintrom según pauta.

**Diagnóstico diferencial:** Derivado de QT/RT en tórax en la infancia: insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad coronaria, arritmias.

**Comentario final:** Los efectos secundarios a QT/RT pueden aparecer muchos años después de la exposición. De ahí la importancia de conocer los antecedentes del paciente. Se estima que la incidencia de cardiotoxicidad post-RT de tórax puede llegar a un 16% a los 20 años.

### Bibliografía

1. Galper SL, Yu JB, Mauch PM, et al. Clinically significant cardiac disease in patients with Hodgkin lymphoma treated with mediastinal irradiation. *Blood*. 2010; doi:10.1182/blood-2010-06-291328.

**Palabras clave:** *Miocardiopatía dilatada. Radioterapia. Quimioterapia. Antecedentes patológicos. Efecto secundario a largo plazo.*