



242/3827 - DOLOR TESTICULAR DE ORIGEN CARDÍACO

A. Plazas Miñarro, D. Martínez Antequera, I. Martínez Ardil, A. Martínez Más, J. López Marín y J. López Díez

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 51 años. Paciente no conocido previamente. Comercial. No RAM. Obesidad grado 3. HTA esencial desde hace años y dislipemia, así como hiperuricemia. No medicación crónica. Acude a nuestra consulta por dolor y molestias testiculares desde hace 2 meses. Indagando en la anamnesis relata que hace años le diagnosticaron SAHS y refiere enolismo moderado; así mismo relata disnea de esfuerzo desde hace dos meses, ortopnea de dos almohadas y disnea paroxística nocturna.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Glasgow 15/15. Facies congestiva. Taquipneico, saturando al 90% en situación basal. Ingurgitación yugular a 45°. No tolera decúbito. AC: arritmico sin soplos. AP: MVC disminuido con crepitantes bibasales. Abdomen con edema de pared, sin peritonismo. MMII con edema con fovea y edema escrotal. ECG: FA con RVM de 90 lpm, eje +60°, sin alteraciones agudas de la repolarización. Se remite a Urgencias. Analítica: glucosa 97 mg/dl, urea 71 mg/dl, creatinina 1,51 md/dl, Na 138 mEq/L, K 5 mEq/L, HDL 29 mg/dl, LDL 90 mg/dl, Hb 15,9 mg/dl, Hto 48,2%, VCM 89,8 fl, plaquetas 308,0 × 10³/uL, leucocitos 8,28 × 10³/uL, PCR 5,5 mg/dl, NT-proBNP 4.891 pg/ml. Radiografía tórax: cardiomegalia, hiliis congestivos, signos de redistribución vascular, derrame pleural derecho, pinzamiento de seno costofrénico izquierdo. Ecocardiografía: VI ligeramente dilatado con disfunción sistólica leve. Dilatación biauricular grave. IT moderada con disfunción de ventrículo derecho y presión pulmonar elevada.

Juicio clínico: Insuficiencia cardiaca de debut. Fibrilación auricular no conocida con CHA2DS2-VASc de 2 puntos. SAOS grave. Enolismo.

Diagnóstico diferencial: Valvulopatías. Miocardiopatías. Edema agudo de pulmón. Insuficiencia respiratoria.

Comentario final: Es de suma importancia el control de la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica, ya que suponen las principales causas de insuficiencia cardiaca (IC). Otros factores de riesgo como la hipertrofia ventricular izquierda, la diabetes mellitus y otros factores de riesgo adicionales, como SAHS y enolismo, podrían beneficiarse de una detección temprana de la IC, ya que se dispone de fármacos que aumentan la sobrevida.

Bibliografía

1. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca

aguda y crónica 2012. Rev Esp Cardiol. 2012;65(10):938.e1-e59.
2. Med Integr 2002;39:435-43.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca. Anasarca. Enolismo. Obesidad. SAHS. Fibrilación auricular.