



## 242/4317 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISNEA PROGRESIVA

M. Rodríguez Alonso<sup>a</sup>, L. Muñoz Alonso<sup>a</sup>, C. García Balsalobre<sup>a</sup>, C. Celada Roldán<sup>b</sup>, M. Fernández Guillén<sup>c</sup> y D. Martínez Antequera<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. UGC San Roque. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 81 años, acude a consulta de atención primaria presentando desde esta mañana disnea progresiva, hasta hacerse de reposo. No refiere dolor torácico, si un episodio de náuseas y vómito alimenticio el día anterior. No fiebre ni semiología de infección respiratoria. Como antecedentes personales destacan diabetes mellitus (insulina, metformina y sitagliptina), hipertensión arterial (amlodipino y atenolol), dislipemia (simvastatina). Cardiopatía isquémica, (antiagregantes y nitroglicerina en parches) y prótesis de cadera desde 2015 por necrosis avascular.

**Exploración y pruebas complementarias:** Mal estado general, palidez cutánea, sudorosa, frecuencia cardíaca 40 lpm, taquipneica en reposo, auscultación cardiopulmonar y resto de exploración normal, no edemas en miembros. ECG: bradicardia sinusal + BAV de 1<sup>er</sup> grado + BRDHH a 40 lpm. Se deriva a urgencias hospitalarias, donde se realiza analítica (glucemia 211 mg/dl, creatinina 1,29 mg/dl, urea 72 mg/dl, potasio 4,9 mmol/l, sodio 136 mmol/l, troponina T 29/32, PCR 2,6, Hb 10,2, Hto 30, VCM 80,6, leucocitos 16.500 (83%S), plaquetas 202.000, dímero D 1.524 mg/l) y gasometría arterial (pH 7,4, pO<sub>2</sub> 49,8 pCO<sub>2</sub> 32,1, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 21,8); en la radiografía de tórax aparece aumento de la silueta cardíaca y de la trama alveolar en ambas bases pulmonares con cisura menor visualizada en hemitórax derecho sugestivo de IC izquierda.

**Juicio clínico:** Insuficiencia cardíaca aguda secundaria a bradicardia grave y bloqueo trifascicular, en relación con toma crónica de B-bloqueantes.

**Diagnóstico diferencial:** Tromboembolismo pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica, neumonía atípica, enfermedad del nodo sinusal, bloqueo AV.

**Comentario final:** Se inicia tratamiento con diuréticos y oxigenoterapia, se suspenden B-bloqueantes y antagonistas del calcio, presenta mejoría clínica. Ingresa en Unidad de Cardiología con telemetría para valorar posibilidad de marcapasos. En pacientes con descompensación grave (por ejemplo con sobrecarga de volumen severa y/o que requieren apoyo inotrópico), se sugiere suspender los BB. En pacientes con descompensación moderada-grave o hipotensión, se sugiere la disminución del tratamiento con BB o su suspensión. En pacientes con descompensación leve sin hipotensión o evidencia de hipoperfusión, se sugiere continuar el tratamiento con BB según

tolerancia.

**Palabras clave:** Disnea. Bradicardia. Farmacología.