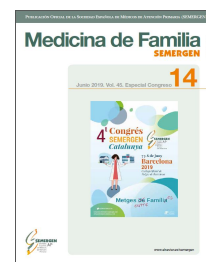




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

421/67 - UN TIPO DE COXALGIA: NECROSIS AVASCULAR DE LA CABEZA FEMORAL

M. Beà Bernaus, N. Txertudi Uriona, R. Aparicio de Castro, S. Benedetti, E. Salgado Baldovino, C. Díaz San José

Metge de Família. Centre de Salut Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripció del cas/Descripción del caso: Home de 76 anys, hipertensió arterial (HTA) sense tractament mèdic amb correctes xifres de Pressió Arterial (PA) (anteriorment Inhibidors de l'enzim conversor de l'angiotensina + diurètic però es va retirar per hipotensió arterial), diabetis mellitus 2 (DM2) de 13 anys d'evolució sense lesions d'òrgan diana amb Hemoglobina glicosilada 6,4% en tractament amb metformina 850 mg/12 hores. Dislipèmia de 8 anys d'evolució, en darrera analítica LDL 70 mg/dL pel qual es va decidir reduir atorvastatina 40 mg a 20 mg. Fibril·lació auricular paroxística en tractament amb acenocumarol i bisoprolol 2,5 mg/dia. Glaucoma en tractament amb bimatoprost. El pacient acudeix a realitzar electrocardiograma (ECG) de cribratge (pacient HTA i DM2) al novembre 2018 sense objectivar lesions però en informar-lo s'especifica que està lleugerament vibrat. Al gener del 2019 el pacient refereix quadre de 3 setmanes d'evolució de dispnea de grans esforços sense taquicàrdia ni dolor toràcic ni altra simptomatologia.

Exploració i proves complementàries/Exploración y pruebas complementarias: Índex de massa corporal 23. Normocolorejat, normohidratat. Constants vitals: PA 120/70 mmHg, Saturació basal d'O₂ 98%, Freqüència cardíaca (FC) 60 batecs per minut (bpm). Auscultació cardíaca: arítmic sense bufes. No ingurgitació jugular, no reflux hepatojugular. Auscultació respiratòria: murmuri vesicular conservat, eupneic. Extremitats inferiors: mínims subedemes crònics. ECG novembre 2018: Fibril·lació auricular amb FC 75 bpm, QRS 0,08 ms, eix 0°, no alteracions de la repolarització. ECG gener 2019: Fibril·lació auricular amb FC 70 bpm, QRS 0,08 ms, eix 0°, ones T negatives simètriques V2-V5. Davant la dispnea i les troballes en ECG en patologia subaguda es decideix derivar a Hospital per a descartar cardiopatia isquèmica aguda silent en pacient diabètic, que es confirma malaltia coronària de 2 vasos amb implantació stent farmacoactiu en descendent anterior.

Judici clínic/Juicio clínico: Cardiopatia isquèmica aguda. Síndrome coronària aguda sense elevació de la ST (SCASEST).

Diagnòstic diferencial/Diagnóstico diferencial: Miocardiopatia hipertròfica. Prolapse de la vàlvula mitral. Cor pulmonale. Tromboembolisme pulmonar. Pericarditis evolucionada. Hipopotassèmia.

Comentari final/Comentario final: La presentació atípica de la Cardiopatia isquèmica es situa al voltant d'un 20%. Cal sospitar-ho en pacients amb DM2 i/o ancians. És un repte en Atenció Primària

poder filiar la patologia silent però tenim les característiques que ens faciliten la seva detecció: major proximitat del pacient, visites en múltiples dies, exploracions complementàries rutinàries com ara l'ECG entre d'altres.

Bibliografia/Bibliografía

¿A qué puede corresponder cada alteración de una onda, complejo o intervalo? AMF. 2012;8(10):597-600.

Garcia C. Cardiopatía isquémica en: Algorismes en Malalties Cròniques Cardiològiques. Camfic. Setembre 2016.

Solla Ruiz I, et al. Manejo del Síndrome coronario agudo en Urgencias de Atención Primaria. Cad Aten Primaria. 2011;18:49-55.