Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 1627

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/3601 - DISNEA: ¿CARDIACA O RESPIRATORIA? EL ETERNO DILEMA

D. Comps Almunia[a], C. González Gimeno[a], I. Hernández[b], J. Eito Cuello[c] y C. Loriente Martínez[c]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barbastro. Huesca. [b]Médico Residente de 1[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barbastro. Huesca. [c]Médico de Medicina de Familiar y Comunitaria. Hospital de Barbastro. Huesca.

Resumen

Descripción del caso: Se recibe aviso a domicilio por paciente de 42 años con antecedentes de trasplante cardíaco hace 2 años tras síndrome coronario agudo con fallo cardiaco, que presenta disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos y astenia desde hace 4 días. Además, asocia dolor abdominal generalizado con náuseas sin vómitos. No dolor torácico ni palpitaciones, no fiebre. No tos ni expectoración.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni organomegalias, no signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. En el ECG presenta ritmo sinusal a 93 lpm con hemibloqueo de rama derecha ya conocido. Debido a los antecedentes del paciente y a la sintomatología que presenta, se decide derivación al servicio de Urgencias del hospital.

Orientación diagnóstica: Posible patología cardiaca descompensada.

Diagnóstico diferencial: Dentro de la patología cardiaca posible en este caso se encuentran insuficiencia cardiaca, edema agudo de pulmón, taponamiento cardiaco y rechazo de trasplante. Dentro de la patología respiratoria posible se encuentran neumonía, derrame pleural, neumotórax, tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: Dados los antecedentes del paciente, nuestra primera opción a descartar debe ser la patología cardiaca para lo cual precisamos de pruebas complementarias como una analítica con enzimas cardiacas y su posterior seriación. En esta caso concreto los niveles enzimáticos y marcadores de insuficiencia cardiaca resultaron ser elevados. Dada la complejidad del paciente se decidió traslado a hospital de referencia, donde falleció debido a fallo cardiacos a las pocas horas. Se debe tener en cuenta por eso el tiempo de actuación en situaciones en las cuales la patología que presenta el paciente puede ser de extrema gravedad, además de realizar correctamente el diagnóstico diferencial, dado que la actuación es muy distinta dependiendo de la etiología.

Bibliografía

1. Eisen H, Ross H. Optimizing the immunosuppressive regimen in heart transplantation. J Heart

Lung Transplant. 2004;23:S207-13.
2. Cogert GA, Subherwal S, Wu G, et al. Incidence of non-cellular (humoral) rejection unchanged in the 1990 decade despite a decrease in cellular rejection. J Heart Lung Transplant. 2003;22:S119-42.
3. Colvin RB, Smith RN. Antibody-mediated organ-allograft rejection. Nat Rev Immunol. 2005;5:807-17.

Palabras clave: Disnea. Trasplante cardíaco. Enzimas cardiacas.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.