



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/2853 - ¿UNA INSUFICIENCIA CARDÍACA CUALQUIERA?

F. Sánchez Galindo<sup>a</sup>, M. López García<sup>b</sup>, H. Cabrera Martínez<sup>c</sup> y F. Juanes Toranzo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Sur Este. Ávila. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Sur Este. Ávila. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Estación. Ávila. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Norte. Ávila.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 76 años con antecedentes de enolismo crónico, actualmente consumidor de 10-20 g de alcohol al día. Diabetes mellitus tipo 2. HTA. HBP. En tratamiento con: captopril 50: 0-0-1. Manidipino 20: 1-0-0. Metformina 850. Vildagliptina 50: 1-0-1. Omeprazol 20: 1-0-0. Permixon. Paciente que acude a consulta de atención primaria por presentar desde hace una semana episodios autolimitados de dolor torácico tipo opresivo de intensidad moderada de menos de 15 minutos de duración que acontecen tanto en reposo como al realizar esfuerzos, actualmente asintomático, se queja de sensación disneica tipo mMRC I. Tras pautar tratamiento con seguril 20 mg 1-0-0 mejora parcialmente. Al cabo de 10 días el paciente acude de urgencia con aumento de la sensación disneica, sin dolor torácico por lo que se deriva a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** ACP: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular disminuido con algún discreto crepitante. No edemas en MMII. SaO<sub>2</sub> 96%. ECG: Rs a 80 lpm. Eje izquierdo con imagen de BRIHH, de reciente aparición. Rx tórax: ICT aumentado con seno costofrénico izquierdo pinzado. Redistribución vascular.

**Orientación diagnóstica:** Insuficiencia cardíaca aguda.

**Diagnóstico diferencial:** SCA evolucionado. Miocardiopatía hipertensiva/dilatada. Valvulopatía.

**Comentario final:** Nos encontramos con un paciente que acude por clínica disneica que cuenta episodios de angina inestable, al ser el primer episodio, que durante la exploración objetivamos un BRIHH con algún crepitante pulmonar tras tratamiento sintomático el paciente mejoro por lo que nuestra primera impresión diagnóstica es insuficiencia cardíaca aguda que no sabemos cuál ha sido el desencadenante. Tras observar en la Rx un ICT aumentado y la alteración ECG. Realizamos derivación preferente a Cardiología. Para descartar un posible episodio isquémico evolucionado o una cardiopatía hipertensiva no filiada. Tras empeoramiento clínico se deriva a Urgencias donde se realiza ingreso y tras estudio por Cardiología se le diagnostica de miocardiopatía dilatada probablemente secundaria a enolismo crónico. Por lo que se ajusto tratamiento con anticoagulación oral.

### Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Sánchez Ramón S, Moya de la Calle M. Bloqueos de rama. Revista AMF. 02-201.

**Palabras clave:** Insuficiencia cardíaca. Miocardiopatía dilatada. Bloqueo de rama.