



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2959 - ¡DOCTOR, ME AHOGO!

E. Romero-Amor Costa¹, E. Fernández García², A. Baixauli Pérez³ y M. Leal Salido⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Fuencarral. Madrid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentelarreina. Madrid. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reina Victoria. Madrid. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 47 años procedente de República Dominicana con pólipos nasales como único antecedente personal sin tratamiento activo. Acude a consulta por sensación disneica de mínimos esfuerzos y de una semana de evolución. Asocia ortopnea, disnea paroxística nocturna y tos seca. No fiebre ni sensación distérmica. Refiere edemas de MMII desde hace una semana que no presentaba previamente.

Exploración y pruebas complementarias: SatO₂: 93%. FC: 133 TA: 183/140. ACP: rítmico sin soplos. Taquipnea e hipoventilación en base derecha. MMII: pulsos periféricos presentes y rítmicos. Edemas de MMII bilaterales y hasta raíz de miembros. Analítica: leucocitos $12,5 \times 10^3/\text{ul}$, neutrófilos $9,70 \times 10^3/\text{ul}$, INR 1,5, dímero D 3.045, elevación de enzimas hepáticas. PCR 22,5 mg/dl, creatinina 1,57, FG 51,7 Nt-proBNP 8.501 pg/ml. Rx tórax: cardiomegalia no presente en las previas. AngioTAC: no se observan defectos de repleción en arterias pulmonares. Moderada cuantía de derrame pleural bilateral de predominio derecho. No derrame pericárdico. Cardiomegalia global. ECG: taquicardia a 133 lpm. QRS estrecho con descenso del ST en V5-V6 sobrecarga de cavidades. Ecocardiograma: DSVI severa por hipoquinesia global. Ambos ventrículos ligeramente dilatados y con disfunción sistólica deprimida (FEVI 15%). Ambas aurículas dilatadas. Serologías: Chagas, VRS, HHA, VEB, VHB, VHC, VIH, CMV, sífilis negativos. TAC coronarias: sin lesiones. RNM cardiaca: miocardiopatía dilatada de origen no isquémico.

Orientación diagnóstica: Tanto la clínica como la evolución orientaban en un principio hacia patología cardiaca o pulmonar. Considerando la auscultación pulmonar, síntomas como DPN y ortopnea y los edemas en miembros inferiores parece más probable un origen cardiaco para lo que se realizan pruebas complementarias orientadas.

Diagnóstico diferencial: Asma/EPOC. Insuficiencia cardiaca/cor pulmonale. Enfermedad de Chagas. Tromboembolismo pulmonar. Pericarditis/miocarditis. Miocardiopatía. Cardiopatía/valvulopatía estructural.

Comentario final: La insuficiencia cardiaca es más frecuente en personas de edad avanzada, pero la presencia de síntomas y signos característicos debe ser suficiente para investigar, independientemente de la edad del paciente este caso. Se subraya la importancia de la clínica en la

valoración del caso de nuestro paciente.

Bibliografía

1. Galve Basilio E, Alfonso Manterola F, Ballester Rodés M, Castro Beiras A, Fernández de Soria Pantoja R, Penas Lado M et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en miocardiopatías y miocarditis. 2019.

Palabras clave: Miocardiopatía. Disnea. FEVI.