



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1571 - DEBUT DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA POR AMILOIDOSIS CARDÍACA

I. Noa Noa¹, M. Cano Arjona² y A. Vidal Molina³

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Universitario de Elda-Virgen de la Salud. Elda. Alicante. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Elda I-Acacias. Elda. Alicante. ³Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Elda I-Acacias. Elda. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años de raza negra, con antecedentes personales de DM tipo 2 en tratamiento con ADO. Acude por edemas en MMII de 1 mes de evolución, disnea de esfuerzo, tos y ortopnea de 2 almohadas. Tras la realización de las pruebas complementarias se inició tratamiento deplectivo con 2 ampollas de furosemida logrando diuresis de 500 cc. Durante el proceso diagnóstico, mantuvimos tratamiento diurético hasta revisión, con peso diario, toma de constantes e IC a Especialistas.

Exploración y pruebas complementarias: REG. Afebril. TA: 120/85. FC: 116 lpm. Peso inicial: 68 kg. Afebril. ACP: crepitantes bibasales hasta 1/3 medio. Abdomen: reborde hepático de 2-3 cm, doloroso a la palpación. MMII: edemas a tensión hasta 1/3 medio. ECG: TS a 116 lpm, PR normal, signos de sobrecarga de HVI. No alteración aguda de la repolarización. Analítica: urea 32,7, FG 36,2, Cr 1,03, Na 149, K 3,39, CK 240, ProBNP 12.000. Orina: proteinuria en rango nefrótico (4-5 g/24h) sin hipoalbuminemia. Rx tórax: senos costofrénicos borrados y redistribución vascular. Cardiomegalia. Ecocardio: VI dilatado con depresión moderada de la función con FEVI en torno al 35% con hipoquinesia global más acusada en cara lateroposterior. Aumento difuso del grosor del miocardio con hipertrabeculación de la punta y la cara posterolateral. RMN cardíaca: Compatible con amiloidosis en estadio precoz (realce mesocárdico SIV +ligera HVI y engrosamiento SIA). Biopsia de grasa subcutánea abdominal: Se observan depósitos de amiloide. Rojo Congo positivo. Gammagrafía cardíaca con 99 Tc-DPD: amiloidosis cardíaca por depósito de cadenas ligeras.

Orientación diagnóstica: Insuficiencia cardíaca congestiva. Amiloidosis cardíaca.

Diagnóstico diferencial: Edema agudo de pulmón. Síndrome nefrótico. Miocardiopatías restrictivas.

Comentario final: Se instaura tratamiento con furosemida oral medio comprimido al día. Se realiza IC a Cardiología. El Servicio de Cardiología indica ecocardio, RMN y gammagrafía cardíaca con 99 Tc-DPD. Se pauta tratamiento para ICC. Se realizó IC a Nefrología por deterioro del FG. Se mantienen controles de sus patologías crónicas entre Atención Primaria y Servicio de Cardiología.

Bibliografía

1. Ponikowski P, Voors AA, AnkerSD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. Guía ESC (2016) sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. 2016;69(12):1167.
2. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2005;26:1115-40.

Palabras clave: Amiloidosis cardiaca. Cardiomiopatía restrictiva. Insuficiencia cardíaca.