



204/210 - CARDIOPATÍA ISQUÉMICA SILENTE

L. Salag Rubio^a, C. Fernández Galache^b, A. García-Lago Sierra^c, D.M. Robaina Cabrera^d, B. Martínez Sanz^e, M. Anta Fernández^f, N. Guelai^c, J.M. Bravo González^g, I. Galán López^h y M. Gutiérrez Parra^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 4^o año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatón. Torrelavega. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. ^fMédico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. ^gServicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^hMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años con antecedentes personales: exfumador de 20 paquetes/año. IMC 27,6. HTA y DM2 de 12 años de evolución, con escasos controles médicos y dudosa adherencia terapéutica pese a prescripción de enalapril 20 cada 24 horas y metformina 850 cada 12 horas. Acude a médico de atención primaria por aumento progresivo de su disnea basal de 3 meses de evolución, hasta hacerse de pequeños esfuerzos; asociando en los últimos días ortopnea y disnea paroxística nocturna. No dolor torácico, no cortejo vegetativo, no mareo, no síncope. Afebril, no clínica compatible con infección respiratoria.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 200/100 mmHg. FC: 120 lpm. Obeso. PVY negativa. ACR: tonos apagados, sin soplos; crepitantes en bases. MMII: edemas con fóvea hasta rodillas con pulsos presentes y simétricos bilateralmente, disminución de sensibilidad táctil. Se realiza ECG que muestra necrosis anterolateral establecida; y se remite a urgencia para completar estudio. En Rx de tórax se observa patrón de redistribución vascular bilateral y pinzamiento de ambos senos costofrénicos. En analítica sanguínea destaca BNP de 355 pg/ml. Se realiza un ecocardiograma confirmando akinesia de cara anterior y septal.

Juicio clínico: Insuficiencia cardíaca izquierda en paciente diabético con infarto de miocardio anteroseptal de fecha incierta.

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía isquémica, cardiopatía hipertensiva, miocardiopatías; EPOC, embolia de pulmón, enfermedades intersticiales; anemia severa, acidosis metabólica, patología tiroidea, síndrome nefrótico.

Comentario final: La cardiopatía isquémica en el diabético puede presentarse hasta en un 20% de los casos como ángor atípico y con sintomatología silente. Se debe sospechar un IAM siempre que aparezcan síntomas repentinos de insuficiencia ventricular izquierda, aún en ausencia de dolor torácico, considerando que en los primeros meses postinfarto, el riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva, shock cardiogénico, arritmias y muerte súbita es superior al de la población general. El

pronóstico mejora con un estricto control glucémico en la fase aguda y con el empleo temprano de β -bloqueantes. Es fundamental desde AP estratificar el riesgo cardiovascular anualmente con herramientas como la tabla SCORE, y propiciar el tratamiento sistemático de los factores de riesgo cardiovascular asociados a DM (hiperglucemia, tabaquismo, dislipemia, HTA, disfunción plaquetaria) para disminuir la incidencia de eventos cardiovasculares y aumentar la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prakash C. Silent myocardial ischemia: Epidemiology, pathophysiology, and diagnosis. UpToDate, 2015.