



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/59 - MIOCARDIOPATÍA DILATADA CON DEBUT DE EAP

P. López Tens^a, A. Blanco García^b, D. Fernández Torre^c, M. Montes Pérez^d, J. Villar Ramos^e, I. Rodríguez Marcos^f, P. Jiménez Sahelices^f, B. Sainz Santos^g, C. Fernández Pereda^h y M.E. Guerra Hernández^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. ^bMédico Residente de 2º año; ^cMédico Residente de 3º año; ^dMédico Residente de 4º año. CS Camargo Costa. Cantabria. ^eMédico Residente de 1º año. CS José Barros. Cantabria. ^fMédico Residente de 1º año; ^gMédico Residente de 4º año. CS Dávila. Santander. ^hMédico Residente de 4º año. CS Sardinero. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 74 años que acude al servicio de Urgencias por disnea de 3 semanas de evolución de moderados-mínimos esfuerzos asociada a ortopnea y episodios de DPN. Clínica que se intensifica horas antes de acudir hasta hacerse de reposo, tiraje respiratorio y palpitations. Ante el mal estado de la paciente se comenzó con BiPaP con traslado a Unidad de Coronarias. Antecedentes personales: fumadora activa de 50 paquetes-año sin otros antecedentes conocidos y sin tratamiento habitual.

Exploración y pruebas complementarias: Tª: 36,4 °C, TAS: 115 mmHg, TAD: 68 mmHg, FC: 46 lpm, SatO2: 96%. Regular estado general. Consciente y orientada en las tres esferas. Trabajo respiratorio con la BiPaP pero mejorando. CyC: carótidas rítmicas y simétricas, sin soplos. PVY aumentada. Tórax: AP (campos anteriores): crepitantes bibasales y sibilancias espiratorias; AC: arrítmica, sin soplos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda. RHA presentes. No masas ni megalias. EEII: Edemas con fóvea pretibiales, sin signos de TVP. Pulsos pedios presentes. Electrocardiograma: FA con RV rápida a 130 lpm. BRIHH. Sin ECG previos para comparar. La bioquímica, el hemograma y la coagulación dentro de rangos de normalidad. Troponina: 0,10. Gasometría arterial: pH 7,375, pCO2 36,5, pO2 75,5, HCO3std 20,8, BE (exceso base) -3,300, O2 sat 94,8, ctCO2 21.9. Pruebas radiológicas: Rx tórax: signos de sobrecarga hídrica compatibles con EAP. Ecocardiograma: ETT: disincronía por BRI. Disfunción VI. La paciente está con extrasistolia muy frecuente lo que dificulta una valoración precisa de la función VI. Hay disincronía muy acentuada por BRI. Disfunción VI. FE visual aproximadamente 30%. Válvula aórtica de aspecto y función normal. Válvula mitral con cambios degenerativos (fibrosis) ligeros. IM en el rango ligero. IT ligera. Presión sistólica pulmonar 35,7 mmHg + PVC. Vena cava dilatada con colapso < 50%.

Juicio clínico: Miocardiopatía dilatada de origen hipertensivo. Edema agudo de pulmón. ACxFA.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar con causas de disnea de causa pulmonar como TEP, patología estructural pulmonar, patologías infecciosas.

Comentario final: La paciente presentó un debut con EAP de una patología estructural cardíaca crónica de probable larga evolución secundaria a una HTA no diagnosticada ni tratada, asociada a

otros factores de riesgo cardiovascular como el tabaco y la dislipemia, o a la presencia de una arritmia cardíaca rápida como la fibrilación auricular no conocida. Se inició tratamiento con apixaban, bisoprolol, enalapril, furosemida, espironolactona y omeprazol con consejos higiénico dietéticos para un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular así como una prevención secundaria de nuevos eventos cardiogénicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hare JM. The dilated, restrictive, and infiltrative cardiomyopathies. En: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, eds. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011.
2. Richardson P, McKenna W, Bristow M, Maisch B, Mautner B, O'Connell J, et al. Report of the 1995 World Health Organization/International Society and Federation of Cardiology Task Force on the definition and classification of cardiomyopathies. *Circulation*. 1996;93:841-2.