



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/185 - UNA MIOCARDIOPATÍA HIPERTENSIVA SIMULANDO UN SCASEST

N. Guelai<sup>a</sup>, A. García-Lago Sierra<sup>a</sup>, B. Martínez Sanz<sup>b</sup>, C. Fernández Galache<sup>c</sup>, D.M. Robaina Cabrera<sup>d</sup>, I. Galán López<sup>e</sup>, L.P. Salag Rubio<sup>f</sup>, M. Anta Fernández<sup>g</sup>, J.M. Bravo González<sup>h</sup> y M. Seco Calderón<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>f</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Zapatón. Torrelavega. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal. <sup>g</sup>Médico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. <sup>h</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>i</sup>Médico de Familia. CS Dávila. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 80 años, excelente calidad de vida. HTA. DLP. Asma bronquial. Síncopes en el contexto de ACxFA que requirió implantación de marcapasos por disfunción sinoauricular. Tratamiento habitual con: Sintrom 4 mg, candesartan 8 mg, omeprazol 20 mg, digoxina 0,25 mg, Seguril 40 mg, Veriscal D, Lexatin 1,5 mg, Ventolin 100 µg, Seretide 50/250 µg. Acude a la consulta de su médico de Atención Primaria por cuadro de dolor centrotorácico opresivo no irradiado, mientras caminaba, con cortejo vegetativo de una hora de duración que se acompaña de disnea.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, TA 198/118, FC 75 lpm, SatO<sub>2</sub>: 98%, regular estado general. Pálida y sudorosa sin aumento de PVY ni datos de insuficiencia cardiaca. AC: arritmica, sin soplos. AP: movimiento vesicular conservado. Abdomen: anodino. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de TVP, pulsos+. Se le realiza EKG: AcxFA 70 lpm Eje +45 T negativas V4-V6 y II, III, aVF se le administra 2 Vernies sublingual por lo que cede el dolor se comenta el caso con la unidad de Coronarias por sospecha de SCASEST. Y se decide traslado sin poner ningún tratamiento inicial por indicación de los cardiólogos. Una vez en el hospital: Analítica: bioquímica (urea 54, resto normal). Hemograma: normal, APT 32%, INR 2,2, sin elevación de marcadores de daño miocárdico. ECG: alterna ritmo propio con ritmo marcapasos a 60 lpm. FA a 60 lpm con alteraciones de la repolarización compatibles con sobrecarga de presión presente en previos sin cambios evolutivos. Rx tórax: silueta cardiaca normal. No infiltrados. Ecocardiograma trastrácico: hipertrofia ligera-moderada de VI con FE 55-60%. Esclerosis aórtica. IM en rango ligero. VD normal.

**Juicio clínico:** Miocardiopatía hipertensiva.

**Diagnóstico diferencial:** Miocardiopatía hipertrófica. Miocardiopatía dilatada. miocardiopatía restrictiva.

**Comentario final:** Durante su ingreso en planta la paciente permanece estable no presentando nuevos episodios de dolor torácico a pesar de realizar actividad física. Presenta, de forma

mantenida, cifras elevadas de TA que se controlan mediante el aumento de su medicación antihipertensiva e insistiendo en medidas dietéticas. Dada su buena evolución y la estabilidad clínica, se decide alta. Es fundamental realizar un control estricto de la dieta evitando el consumo de alimentos con sal y tratamiento con candesartan 16 mg/hidroclorotiazida 25 mg un comprimido en el desayuno.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bendersky M, Piskorz D, Boccardo D. Cardiopatía hipertensiva.
2. López Salazar B, González Miqueo A, Laviades Álvarez C, et al. Avances en el diagnóstico de la cardiopatía hipertensiva.