

MIOCARDIOPATIA DILATADA. UN ELECTROCARDIOGRAMA DE MIEDO

Dra. Patricia Boned Blas / Dra. Cristina Marco López / Dra. Inmaculada Callejas Gil

F.E.A. Urgencias Hospital Royo Villanova. Zaragoza

RESUMEN

La miocardiopatía dilatada es una enfermedad primaria miocárdica que en la mayoría de los casos es de causa idiopática y se define por la presencia de dilatación y disfunción sistólica que afecta al ventrículo izquierdo o a ambos ventrículos. El espectro clínico es variable, desde pacientes asintomáticos hasta pacientes en shock cardiogénico. Presentamos el caso clínico de un varón de 41 años que debutó con clínica de insuficiencia cardíaca.

PALABRAS CLAVE

Disnea, insuficiencia cardíaca, miocardiopatía

ABSTRACT

Dilated cardiomyopathy is a primary myocardial disease that in most cases has an idiopathic cause and is defined by the presence of dilatation and systolic dysfunction that affects the left ventricle or both ventricles. The clinical spectrum is variable, from asymptomatic patients to patients in cardiogenic shock.

We present the clinical case of a 41 year old man who debuted with symptoms of heart failure.

KEYWORDS

Dyspnea, heart failure, cardiomyopathy

INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía dilatada (MCD) es una entidad clínico-patológica caracterizada por una progresiva dilatación biventricular, especialmente del ventrículo izquierdo. El aumento de los diámetros ventriculares conduce a una disfunción sistólica y la consiguiente reducción de la fracción de eyección¹.

Existen distintas etiologías para la MCD, actualmente la causa más frecuente de MCD es la cardiopatía isquémica evolucionada, seguida de la miocardiopatía dilatada idiopática, esta última tiene agregación familiar hasta en un 30% de los casos siendo con frecuencia un problema genético hereditario que debe ser tenida en cuenta en la práctica clínica, estudiando sistemáticamente a los familiares de primer grado del paciente².

El curso clínico de la MCD es muy heterogéneo, los síntomas más característicos son la disnea, que puede ser tanto de esfuerzo como de reposo. Algunos pacientes permanecen estables y prácticamente asintomáticos durante mucho tiempo, mientras otros requieren ingresos repetidos por insuficiencia cardíaca, incluso un pequeño porcentaje de pacientes debuta en forma de shock cardiogénico³.

CASO CLINICO

Paciente de 41 años de edad con antecedentes de accidente de tráfico hace 12 años con traumatismo torácico penetrante requiriendo pericardiocentesis, fumador, no hábitos tóxicos, sin otros factores de riesgo coronario conocido (sin haberse revisado nunca colesterol, tensión arterial ni azúcar).

Notas Clínicas

Acude a nuestro servicio de Urgencias por presentar mal estar general, astenia y disnea progresiva de 24 horas de evolución, acompañado de fiebre, tos no productiva y cefalea. Se objetiva cifras de tensión arterial de 220/110 mmHg.

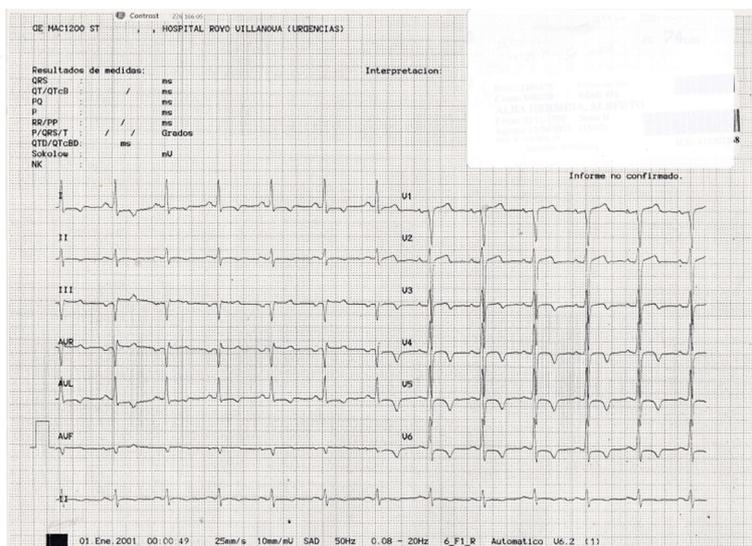
A la exploración se encuentra eupneico, taquicárdico y sin afectación del estado general. A la auscultación cardíaca no se detectan soplos ni roces y en la auscultación pulmonar llama la atención una hipoventilación generalizada con subcrepitanes bibasales.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la analítica realizada se objetiva normalidad de todos parámetros analizados con Troponina T 20 ng/dl (valor negativo < 14ng/l) y un dímero D 1144 ng/ml. (valor negativo < 500 ng/ml)

- Radiografía de tórax: Ligera cardiomegalia, patrón pulmonar con ligero infiltrado intersticial.

- ECG: Ritmo sinusal a 112 latidos por minuto con onda T negativa en cara inferior y lateral (v3 a v6) (Fig. 1)



- TAC torácico: no se observan defectos de repleción sospechoso de tromboembolismo.

Ante la sospecha de patología cardíaca se realiza interconsulta al servicio de Cardiología realizándose ecocardiograma: ventrículo

izquierdo dilatado con severa depresión de la función sistólica con hipoquinesia más marcada en septo anterior y pared anterior e Insuficiencia mitral y tricuspídea ligera.

Se decide ingreso en planta de Cardiología para completar estudio e iniciar tratamiento.

Se solicita a nuestro hospital de referencia coronariografía ante la sospecha de miocardiopatía dilatada de origen isquémico objetivando coronaria derecha con estenosis ligera en segmento medio y descendente anterior (DA) con estenosis severa y larga en tercio proximal realizándose intervencionismo coronario sobre DA con angioplastia e implante de stent convencional.

Durante el ingreso el paciente permanece estable y se inicia tratamiento con diurético, enalapril con lercanidipino, eplerenona, fibratos, betabloqueante, doble antiagregación con ácido acetil salicílico y clopidogrel con buena respuesta al tratamiento y encontrándose estable al alta.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Habitualmente el paciente acudirá a nuestra consulta o a nuestras Urgencias Hospitalarias con una clínica inicial sugestiva de insuficiencia cardíaca izquierda, dependiendo de la intensidad de la disnea podrá variar desde sus formas más leves de disnea de mínimos esfuerzos, ortopnea, episodios de disnea paroxística nocturna e incluso podrá debutar con un cuadro de edema agudo de pulmón.

En otras ocasiones el paciente tendremos que descartar problemas cardíacos, ya que puede consultar por dolor torácico de características anginosas ó palpitaciones, donde debemos realizar un ECG para comprobar la existencia de arritmias ó más frecuentemente fibrilación auricular.

También tendremos que hacer un diagnóstico diferencial con patología pulmonar (asma, EPOC, tromboembolismo pulmonar...)

Y otras patología menos frecuentes pero que no debemos olvidar serán ansiedad, hipertiroidismo, feocromocitoma, etc.

Notas Clínicas

DISCUSION

La miocardiopatía dilatada no es una enfermedad infrecuente, pero se debe hacer una correcta historia clínica para llegar a un diagnóstico además de identificar las posibles causas tratables ó reversibles de la enfermedad

Etiología de la miocardiopatía dilatada¹

- Idiopática , con un componente familiar (antígeno DRW, DQW 4 y/o DR4)
- Alcohólica
- Asociada a otras cardiopatías (isquémica, arritmias, valvulopatías, miocardiopatías..)
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Patología tiroidea
- Patología hepática
- Enfermedad de Chagas
- Toxicidad por antracinas, plomo, arsénico, mercurio
- Vírca aguda
- Enfermedades del colágeno, distrofia muscular progresiva, sarcoidosis

Los síntomas y signos de la MCD son consecuencia de un cuadro de insuficiencia cardíaca de predominio izquierdo, siendo generalmente los síntomas más precoces la astenia y la disnea de esfuerzo. Dependiendo del grado de aumento de la presión en la aurícula izquierda, la disnea puede presentarse con distintos grados de severidad: disnea de esfuerzos, ortopnea, disnea paroxística nocturna y edema agudo de pulmón que supone la forma más grave de disnea.

Otros síntomas serán el aumento del peso corporal y edemas de miembros inferiores, ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico, sensación de plenitud gástrica, náuseas, vómitos, estreñimiento y anorexia.

La historia clínica debe incluir preguntas relativas al posible consumo de alcohol y cocaína, medicamentos, hábitos nutricionales, estancias en zonas endémicas para infecciones, relación con animales, embarazos recientes,

transfusiones sanguíneas, historia familiar de MD, somnolencia diurna y exposición profesional a tóxicos².

Ante la sospecha de un cuadro de insuficiencia cardíaca deberemos solicitar distintas pruebas complementarias para confirmar nuestro diagnóstico³:

1. Rx de tórax: Se suele observar cardiomegalia , así como signos de congestión venosa pulmonar y en fases avanzadas signos de edema pulmonar intersticial o alveolar

2. ECG: es inespecífico, son frecuentes los signos de crecimiento auricular e hipertrofia ventricular izquierda.

3. Ecocardiografía : Es una técnica muy útil para la confirmación del diagnóstico y la valoración de la función cardíaca

4. Otras pruebas en caso de considerarse necesario serán: ventriculografía isotópica, ergometría, Holter ó cateterismo

Los objetivos fundamentales del tratamiento de la MCD son la mejoría de los síntomas y la calidad de vida de estos pacientes, por lo que es muy importante la educación del paciente en el control de los factores desencadenantes de la insuficiencia cardíaca como pueden ser la falta de cumplimiento del tratamiento o de la dieta, así como el inicio precoz de un tratamiento apropiado, tanto con medidas farmacológicas como no farmacológicas⁴.

Es muy importante tener en cuenta si la etiología de la MCD es conocida en cuyo caso tendrá un tratamiento específico ó si por el contrario es idiopática⁵.

Algunas medidas generales son el abandono del tabaco, la reducción de peso en obesos, el control de la hipertensión, hiperlipemia y diabetes y la reducción de la ingesta alcohólica para evitar un mayor daño miocárdico. La restricción de la ingesta de sal ayuda, la realización de ejercicio físico moderado y la aplicación de vacunas antigripal y neumocócica⁶.

En pacientes estables, el tratamiento está encaminado a controlar los síntomas e intentar controlar al máximo la evolución de la enfermedad, para ello se les administran IECAS y diuréticos a dosis altas como tratamiento de base lo antes posible y de forma simultánea , en

Notas Clínicas

una segunda fase se podrá beneficiar del tratamiento con betabloqueantes y espirolactona pudiendo precisar si es necesario el ingreso hospitalario fármacos inotrópicos⁷. Para los pacientes en situación de shock cardiogénico, el tratamiento inotrópico puede ser insuficiente por lo que precisarán de soporte circulatorio mecánico⁸.

El manejo del paciente requiere un seguimiento tanto por parte de Atención primaria como por cardiología para completar el diagnóstico y tratar las complicaciones que no se pueden asumir ambulatoriamente⁹.

REFERENCIAS DE INTERES

1. Juan Pablo Costabel, Florencia Mandó, Gustavo Avegliano. Miocardiopatía dilatada: ¿cuándo y cómo proceder a la investigación etiológica? *Rev Urug Cardiol* 2018; 33: 343-349
2. P.Elliott, B.Andersson, E.Arbustini. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J*, 29 (2008), pp 270-276
3. P.Elliott, A.Anastasakis, M.A. Borger et al. 2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy: The Task Force for the diagnosis and management of Hypertrophic cardiomyopathy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 35 (2014), pp 2733-2779
4. Pinto YM, Elliott PM, Arbustini E, Adler Y, Anastasakis A, Böhm M, et al. Proposal for a revised definition of dilated cardiomyopathy, hypokinetic non-dilated cardiomyopathy, and its implications for clinical practice: a position statement of the ESC working group on myocardial and pericardial diseases. *Eur Heart J*. 2016;37(23):1850-8.
5. Escobar-Lopez L, Ochoa JP, Mirelis JG et al. Association of genetic variants with outcomes in patients with non-ischemic dilated cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol*. 2021 Oct, 78 (17) 1682-1699.
6. R. Spoladore, M.S. Maron, R. D'Amato, et al. Pharmacological treatment options for hypertrophic cardiomyopathy: high time for evidence. *European Heart Journal*, 33 (2012), pp. 1724-1733
7. M.V. Sherrid, A. Shetty, G. Winson, et al. Treatment of obstructive hypertrophic cardiomyopathy symptoms and gradient resistant to first-line therapy with beta-blockade or verapamil. *Circulation: Heart Failure*, 6 (2013), pp. 694-702
8. M. Hamada, S. Ikeda, Y. Shigematsu. Advances in medical treatment of hypertrophic cardiomyopathy. *Journal of Cardiology*, 64 (2014), pp. 1-10
9. Amor-Salamanca A, Guzzo-Merello G, González-López E et al. Impacto pronóstico y factores predictores de la recuperación de la fracción de eyección en pacientes con miocardiopatía dilatada alcohólica. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71:612-9.