

Descripción:

Mujer de 80 años de edad, acude a consulta por presentar empeoramiento de su situación general, en los últimos meses.

Refiere astenia, dificultad para la movilización, imposibilidad para subir escaleras y para andar más de 100 metros.

Empezamos el caso....

Como siempre obtención de la mayor información posible.

Como se trata de una persona anciana también es importante saber su situación basal.

Como Antecedentes Personales destacan:

HTA de larga evolución, bien controlada con dieta sin sal.

No Diabetes Mellitus ni dislipemias.

Colecistectomizada hace 5 años sin problemas.

Vida basal independiente.

En Exploración Física destaca

TA 110/60 FC 100 lpm Sat O2 95%

Consciente, orientada, bien hidratada y profundida, normocoloreada, eupneica.

CyC carótidas rítmicas y simétricas. Aumento de PVY.

Torax: AC rítmico sin soplos AP mvc con crepitantes bibasales

Abdomen blando depresible sin masas ni megalias.

Extremidades edemas maleolares con fovea.

Ante los hallazgos encontrados en exploración física se inicia tratamiento empírico con:

1.- diurético esta es la respuesta correcta

2.- antihipertensivo

3.- antiagregantes plaquetarios

Se inicia tratamiento con diuréticos, sin evidenciar clara mejoría clínica. Refiere escasa respuesta diurética con incremento de la astenia.

Ante esta situación sin clara mejoría clínica, se replantea el diagnóstico, recordando siempre las principales causas de insuficiencia cardíaca.

Poner lo siguiente en llamada..

PRINCIPALES CAUSAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Enfermedad coronaria

Hipertensión

Miocardiopatía

- Miocardiopatía dilatada idiopática
- Miocardiopatía hipertrofica
- Alcohol
- Diabetes Mellitus
- Viral – Cocksachie B, echovirus
- Infiltrativa – amiloidosis, sarcoidosis
- Tóxica – adriamicina
- Enfermedades metabólicas – hipotiroidismo
- Envejecimiento
-

Enfermedad valvular cardíaca

Enfermedad pericárdica

Taquiarritmias

Estados de alto gasto- hipertiroidismo, fístula arteriovenosa

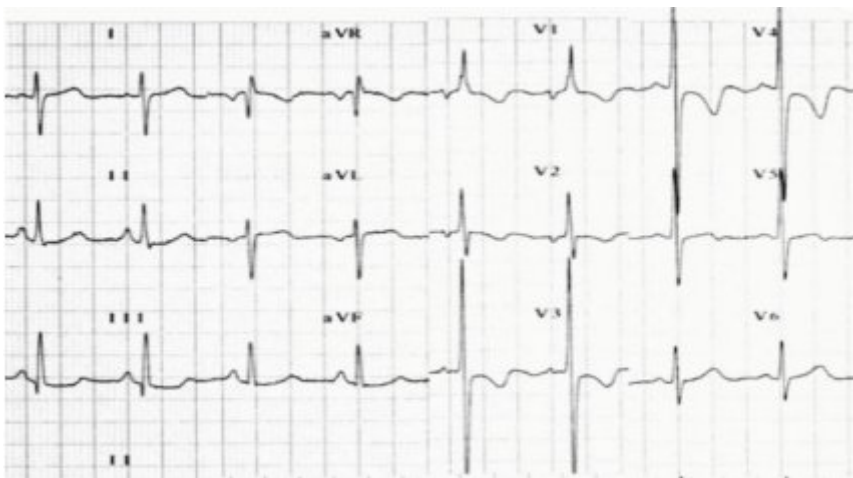
Se solicita analítica completa, junto con radiología y ECG.

Analítica: Hemograma: leu 6500 con fórmula normal; Hb 3,5 g/dl ; Hto 25% ; VCM 64 fl; HCM 25 pg; plaquetas 235.000/mm³.

Bioquímica: Glucosa 75 mg/dl; Creatinina 1,5 mg/dl; Na 122mmol/l; K 3,99mmol/l; Urea 122 mg/dl; GGT 12U/l ; BT 0,61 mg/dl; GOT 20 U/l; GPT 14 U/l; LDH 398 U/l.

Hemostasia: TP 97%, INR 1,05; TC 36,1; Fibrinogeno 359 mg/dl.

ECG:



Se objetiva ritmo sinusal con hipertrofia ventricular y trastornos secundarios de la repolarización.

Rx Tórax:



Discreta cardiomegalia con patrón intersticial bilateral.

Al evidenciar anemia severa se amplia analítica

Fe 23,74 ug/dl; Ferritina 14,3 ng/ml; Ac Fólico 5,71 ng/ml; Vitamina B12 216,43 pg/ml

Con el diagnostico de:

Anemia ferropénica severa con insuficiencia cardíaca congestiva secundaria en paciente con HTA de larga evolución.

Se traslada al Hospital transfundiendo tres concentrados de hematíes junto con tratamiento diurético, presentando mejoría clínica.

Una vez restablecida, se realiza estudio gastrointestinal evidenciando tumoración a nivel de ciego.