

Disnea progresiva en paciente con diabetes mellitus tipo 2*

Presentación del caso

Paciente de sexo masculino y 75 años de edad, quien consultó al servicio de urgencias por cuadro clínico de ocho días de evolución caracterizado por disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos, la cual empeoró durante las seis horas previas a la consulta. Negó dolor torácico y sibilancias. Presenta como antecedentes patológicos de importancia diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina 850 mg cada 12 horas por vía oral desde hace 10 años, hipertensión arterial para la cual recibe enalapril 20 mg cada 12 horas desde hace seis años, coronariopatía previa con cuatro puentes aorto-coronarios y, desde hace 6 años, en tratamiento con metoprolol 100 mg cada 12 horas y ácido acetilsalicílico 100 mg al día. El paciente niega antecedentes de tabaquismo y alcoholismo. No tiene otros antecedentes de importancia. Al examen físico se encontró consciente, no álgico, con leve disnea de reposo; presión arterial de 110/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 latidos/min, frecuencia respiratoria de 24 respiraciones/min, afebril. No tienen ingurgitación yugular. Los ruidos cardíacos son arrítmicos pero son bien timbrados y no tienen soplos. La ventilación pulmonar es adecuada, sin sibilancias ni otros sonidos sobreagregados. El abdomen no tienen visceromegalias, ni onda ascítica. No hay edema en miembros inferiores. El examen neurológico era normal. Con base en los anteriores hallazgos se decidió tomar un electrocardiograma (figura 1).

El diagnóstico electrocardiográfico es:

- a) Taquicardia sinusal
- b) Flutter auricular con bloqueo AV variable
- c) Taquicardia nodal
- d) Taquicardia auricular
- e) Lesión subepicárdica de cara inferior
- f) b y e

El tratamiento de elección inicial según los hallazgos de este trazo electrocardiográfico (ECG) y el estado hemodinámico del paciente es:

- a) Cardioversión eléctrica
- b) Trombolisis con estreptoquinasa
- c) Infusión intravenosa con amiodarona
- d) Nitratos vía intravenosa y anticoagulación con heparina
- e) Observación con el mismo tratamiento que trae el paciente
- f) c y d

Los exámenes de laboratorio clínico solicitados al ingreso del paciente (a las 8 horas del inicio de síntomas) mostraron niveles de creatinina total de 220 mg/dL, fracción MB de la creatinina de 53 mg/dL, troponina T semicuantitativa positiva y glicemia central postprandial de 230 mg/dL. No se realizaron controles secuenciales de enzimas cardíacas. Las radiografías de tórax posteroanterior y lateral mostraron un aumento de la silueta cardíaca grado II/III, con signos indirectos de crecimiento de cavidades izquierdas y discreta congestión parahiliar bilateral. Luego del tratamiento inicial y transcurridas 5 h desde el ingreso, se tomó un segundo ECG (figura 2).

Con base en los resultados de los exámenes de laboratorio clínico anteriormente descritos, ¿Cuál es el diagnóstico de este segundo electrocardiograma?:

- a) Hipertrofia ventricular izquierda
- b) Extrasistolia ventricular bigeminada
- c) Infarto Agudo del Miocardio (IAM) de cara inferior
- d) Fibrilación auricular
- e) a, b y c
- f) b, c y d

* Nota del editor: Este artículo se publica como una estrategia de aprendizaje. Está organizado de tal manera que el lector pueda hacer un ejercicio diagnóstico y terapéutico, el cual se refleja en algunas preguntas, con respuesta de selección múltiple, que buscan estimular la comprensión del lector a los puntos clave de esta situación en particular. En el próximo ejemplar de MedUNAB se presentará una discusión del caso en el que se resuelvan las preguntas hechas.

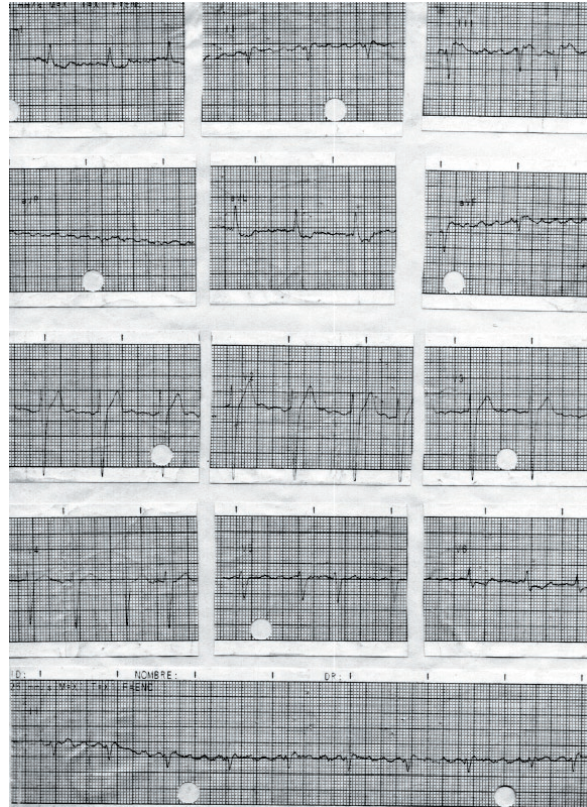


Figura 1. Electrocardiograma tomado al paciente al momento de la consulta

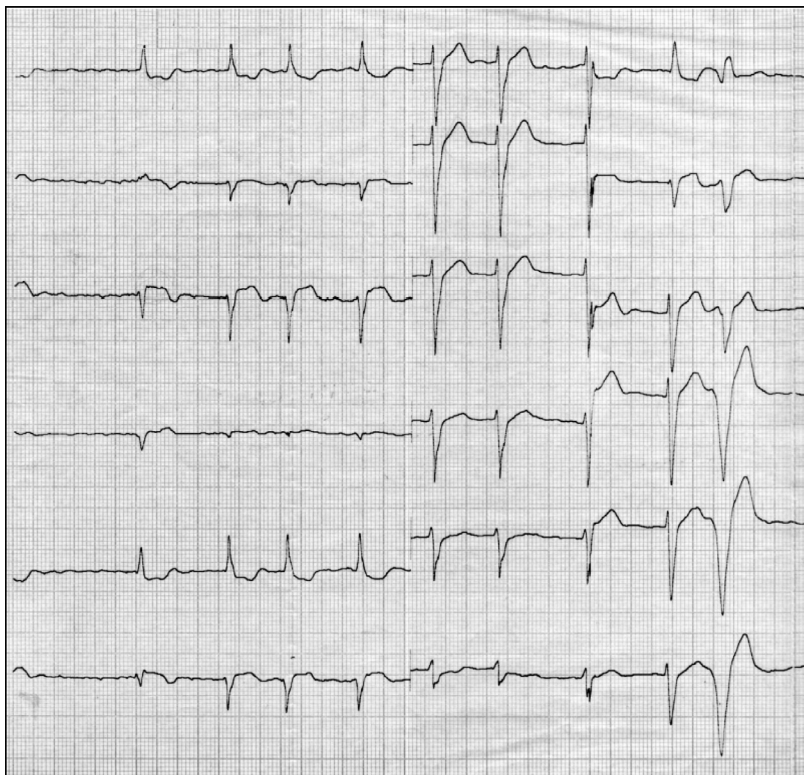


Figura 2. Electrocardiograma tomado a las cinco horas del ingreso.