

Crisis, pero ni cardiaca ni de ansiedad

Los factores de riesgo asociados a un paciente concreto consiguen que la exploración se centre en prioridades y luego, al aparecer segundos síntomas, aunque no estén directamente relacionados, comprobamos que el problema principal era otro.

Caso clínico

Palomo Sanz V¹, Orío Moreno E¹, Zancada Martínez B¹, Morales Gutiérrez F²

¹Médico

²DUE

Centro de Salud de Torrelaguna (Madrid)

Mujer de 63 años sin antecedentes de interés, salvo colecistectomía a los 50 años por litiasis biliar múltiple, hipertensión arterial (HTA) esencial grado 1 sin repercusión visceral, de 6 años de evolución, en tratamiento con enalapril (10 mg cada 12 horas) e indapamida (1,5 mg/día) y diabetes tipo 2 que se diagnosticó hace 3 años y controla con dieta y metformina (850 mg cada 12 horas). Toma además ácido acetilsalicílico (100 mg diarios) para prevención primaria y simvastatina (10 mg por la noche) desde hace 3 años, en que apareció hipercolesterolemia con LDL colesterol de 138 mg/dl.

Acude a su médico por presentar palpitaciones nocturnas desde hace 3 ó 4 semanas, que duran unos minutos y a veces ceden al incorporarse. No ha tenido pirosis, náuseas ni otra sintomatología, salvo a veces, estando despierta, una sensación de "nudo" mediotorácico sin opresión. Refiere que no ha acudido antes porque lo atribuía a nervios por la separación conyugal de su único hijo (de hecho se encuentra inquieta y duerme peor, aunque toma valeriana o doxilamina recomendada por el farmacéutico al acostarse), pero como la sintomatología persiste desde hace un mes se ha decidido a venir.

En la exploración se encuentra una paciente con sobrepeso (66 Kg, talla 155 cm e IMC 29), no pálida,

bien controlada tanto de la diabetes (hemoglobina glicada 6,9%), como de la HTA (PA 126/78 mmHg). La auscultación cardiorrespiratoria es normal a 76 lpm así como la palpación abdominal.

Ante la clínica referida, de probable origen ansioso, no obstante su médico le hace un electrocardiograma (**figura 1**), donde se observa ritmo sinusal con arritmia respiratoria a 66 lpm, eje de QRS a 0° y trazado sin alteraciones. El facultativo explica a la paciente la normalidad del ECG y que de momento no cree necesario hacer más pruebas. Le recomienda medio o un comprimido de 1 mg de loracepam media hora antes de acostarse. También le indica que si alguna vez presentara un episodio de palpitaciones prolongado, o con sudoración y/u opresión precordial, acuda a hacerse un ECG a urgencias del centro de salud.

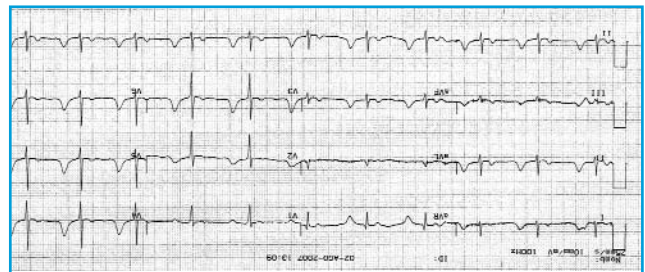


Figura 1

Un mes más tarde la paciente vuelve por seguir con la misma clínica incluso más intensa, consistente en despertares de madrugada con palpitations y taquicardia. En varias ocasiones ha estado a punto de acudir a urgencias, pero la escasa duración de los episodios le han hecho desistir. La exploración de la paciente sigue siendo normal así como un nuevo ECG, pero el facultativo decide hacer analítica para valorar la función tiroidea y solicita interconsulta con el cardiólogo para realizar un Holter.

Dos semanas más tarde, la paciente presenta una crisis asmática nocturna grave (la primera de su vida), con sibilantes espiratorios y alargamiento de la espiración observados por el médico de guardia, con una saturación de oxígeno de 90% que mejora a 94 con oxígeno, broncodilatadores y corticoides inhalados junto con corticoide parenteral. La analítica con hormonas tiroideas fue normal y aún falta un mes para que la vea el Cardiólogo. Su médico solicita una placa de tórax y recomienda mantener el tratamiento con corticoide y broncodilatador durante una semana.

Al cabo de una semana la paciente trae la radiografía, gracias a la cual el médico diagnostica su enfermedad (*figura 2 y 3*). En ella se observa un nivel hidroaéreo tras la silueta cardiaca. Se trata de una voluminosa hernia de hiato, causante tanto de las palpitations como del probable reflujo gastroesofágico que por aspiración seguramente motivó la crisis asmática. De hecho, tras tratamiento con omeprazol y procinético nocturno, junto con recomendaciones dietéticas y posturales, la enferma dejó de notar las palpitations en pocos días. El Holter que pidió el Cardiólogo fue normal, con algunos complejos prematuros aislados tanto auriculares como ventriculares, y la radiografía esófago-gastro-duodenal con bario confirmó el diagnóstico.

COMENTARIO

Los clásicos denominaron síndrome de Roemheld o gastrocardial al conjunto de manifestaciones clínicas formado por palpitations, arritmia extrasistólica, disnea paroxismal pseudoasmática, dolores anginosos o

síncope, acaecidas por distensión diafragmática secundaria a aerofagia o presentes en algunos pacientes con hernia de hiato voluminosa. Igualmente se han descrito episodios de broncoespasmo por aspiración de ácido gástrico a bronquios durante el reflujo gastroesofágico, particularmente frecuente en niños.

En el caso que nos ocupa, los factores de riesgo de la paciente obligaban a descartar un origen isquémico de la clínica; asimismo, la ansiedad autorreferida era otra posibilidad plausible. Finalmente, como suele suceder en la realidad, un segundo síntoma, que nada tenía que ver con los primeros (el broncoespasmo), motivó una exploración que aportó el diagnóstico.

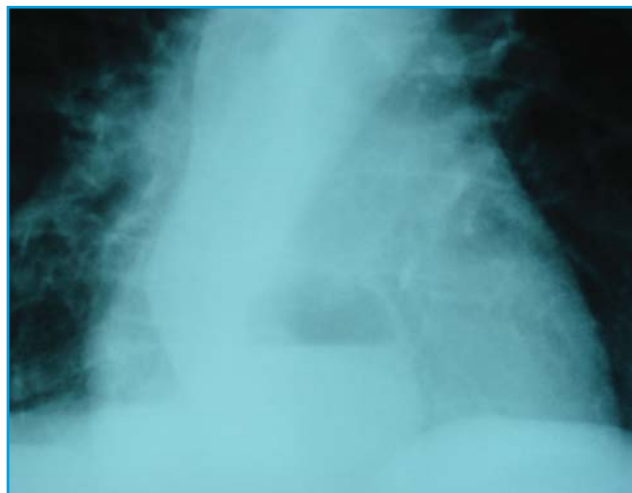


Figura 2

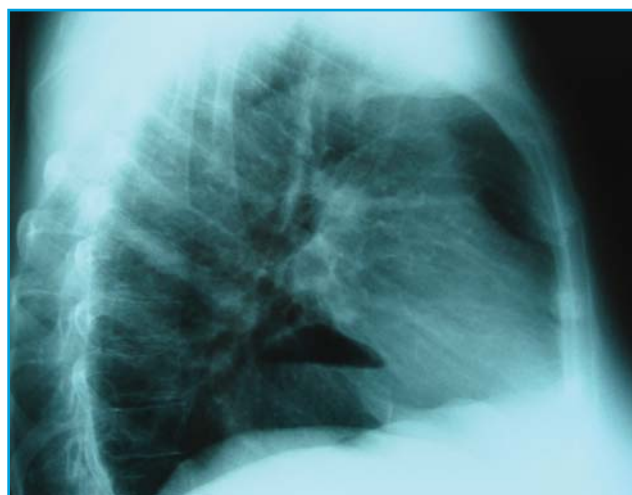


Figura 3