



Caso 2: e-consulta

Recibimos la siguiente e-consulta:

- + Varón de 45 años, recién llegado al cupo por traslado de otra comunidad. Sin tratamientos crónicos. Asintomático desde el punto de vista CV. NYHA I.
- + Acude a consulta solicitando ayuda para abandono de hábito tabáquico (60 cig/día).
- + TA 170/110 en consulta. Exploración anodina. AC: Sin soplos.
- + Se solicita analítica general, se cita para ECG y se le da nueva cita con resultados.
- + Analítica: CoIT 273, TG 185, LDL-c 157. Función renal e iones normales. Hemograma normal.
- + Ante hallazgos en ECG, se realiza teleconsulta a Cardiología para valoración.

ECG:



¿Qué os parece?



- + SCA silente. Inicio doble antiagregación y remito a Urgencias.
- + ECG no valorable por malposición de electrodos. Repetir registro.
- + Sugestivo de Miocardiopatía hipertrófica apical. Solicito Ecocardiograma e interrogo por Antecedentes Familiares.
- + Sugestivo de displasia arritmogénica del ventrículo derecho. Iniciar B-bloq y valorar DAI.

¿Cual es tu apuesta? La respuesta en la siguiente página...



¿Qué os parece?

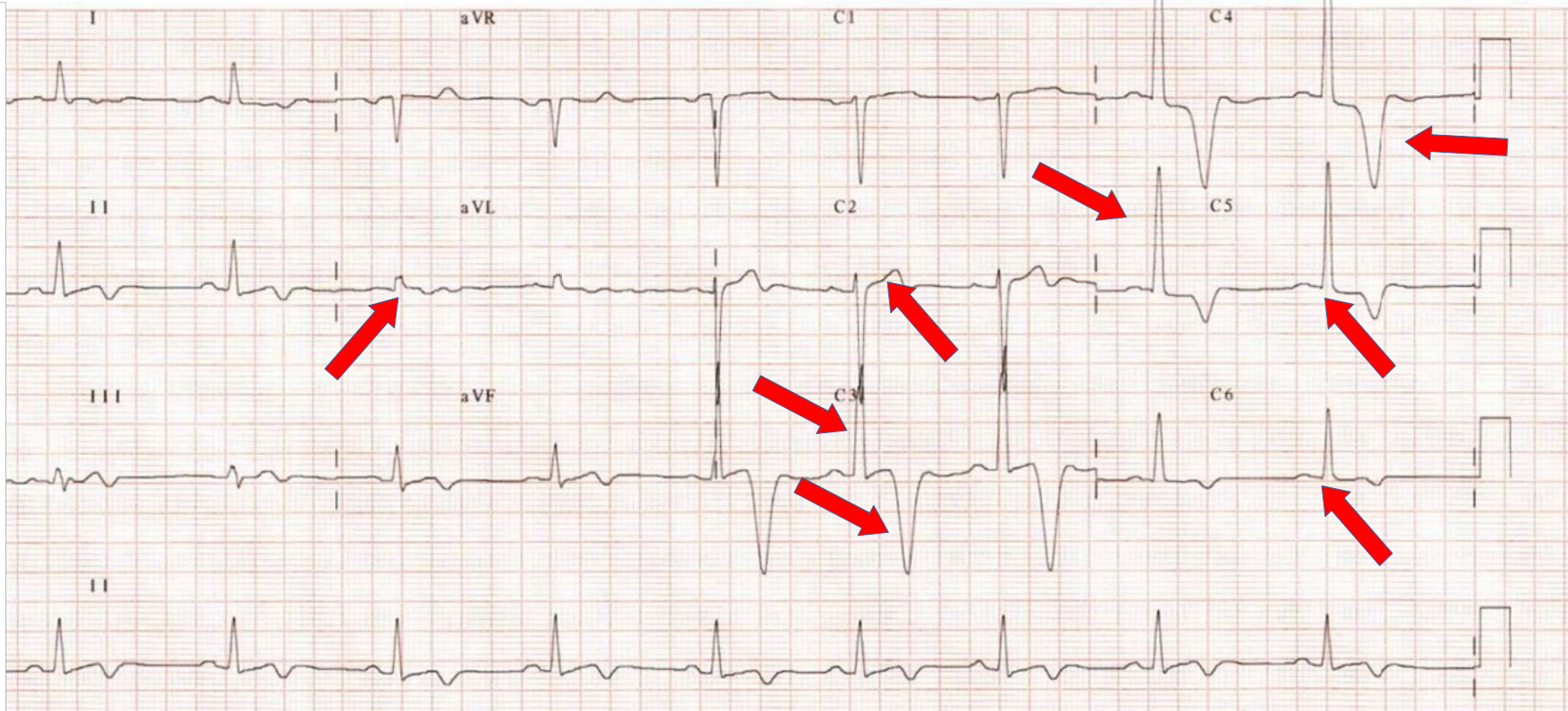
- + SCA silente. Inicio doble antiagregación y remito a Urgencias.
- + ECG no valorable por malposición de electrodos. Repetir registro.
- + Sugestivo de Miocardiopatía hipertrófica apical. Solicito Ecocardiograma e interrogó por Antecedentes Familiares.
- + Sugestivo de displasia arritmogénica del ventrículo derecho. Iniciar B-bloq y valorar DAI.

Miocardopatía hipertrófica (MCH) apical

- + Es una forma infrecuente en Europa de MCH que se caracteriza por una hipertrofia localizada en las porciones más distales del VI y consecuentemente por **no presentar obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo**.
- + Según diferentes estudios, un tercio de los pacientes tiene **historia familiar de MCH** y la mayoría de los casos se diagnostican por **alteraciones en ECG** en pacientes **asintomáticos** desde el punto de vista cardiovascular.
- + Puede diagnosticarse también dentro de un estudio por dolor torácico, disnea, palpitaciones o síncope. Tiene un **mejor pronóstico** que otras formas de miocardopatía hipertrófica aunque existen casos de muerte súbita o infarto apical.

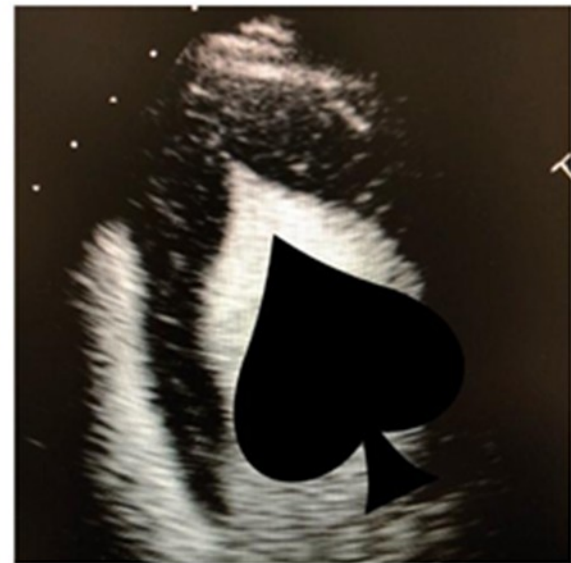
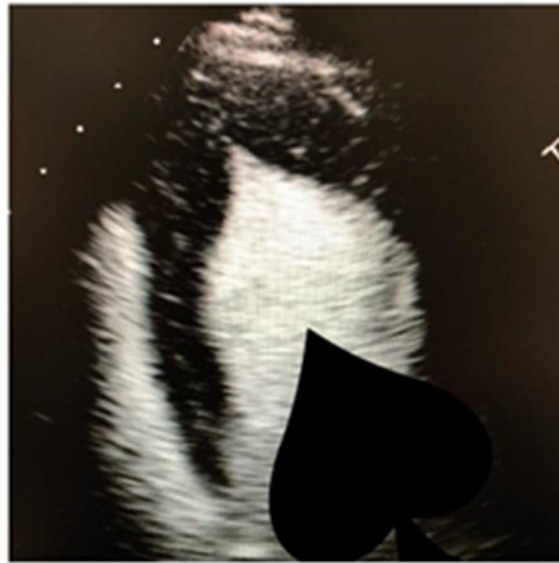
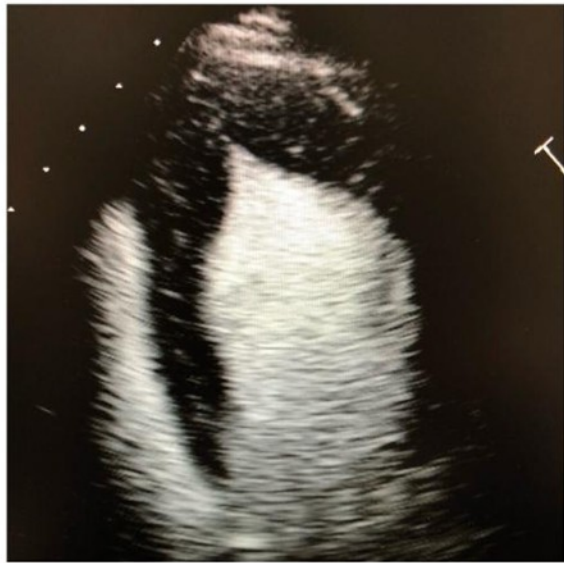
ECG:

En el ECG los hallazgos típicos son la **ausencia de onda Q** en I, aVL y en V 5-6. **Presencia de ondas R altas** desde V2, **ST rectificado y ascendente fundamentalmente en V2** y **onda T negativa gigante (pseudoisquémica, >10mm)** en cara anterolateral. Estas alteraciones pueden no estar presentes en todos los casos.



Ecocardiograma:

En el Ecocardiograma es característica la imagen del **ventrículo izquierdo con forma de "as de picas" al final de la diástole.**



Evolución:

En nuestro caso, se interroga sobre antecedentes familiares y el paciente refiere que ambos padres fallecen de cáncer a edad precoz, sin AF de muerte súbita.

Se solicitó **RMN cardíaca** para completar el estudio, confirmándose el diagnóstico.

Se realiza seguimiento en **consulta específica de miocardiopatías**.

