



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

327/29 - ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA EN EL ANCIANO.

C. Gracia Alloza¹; L. Moreno Suárez²; O. Casanueva Soler³; M. Cobo Rossell⁴; R. Correa Gutiérrez⁵; A. Altadill Bermejo⁶; D. San José De La Fuente⁷; C. Azofra Macarrón³; P. Castro Sandoval³; P. Fernández Pérez⁵.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Santander. Cantabria.; ²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Santander.; ³Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de La Sal. Cabezón de La Sal. Cantabria.; ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de La Sal. Cantabria.; ⁷Médico Residente de 1er de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de los Corrales de Buelna. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 75 años acude a urgencias por dolor torácico de características opresivas, no irradiado sin cortejo vegetativo de 5 meses de evolución. El dolor siempre se inicia al esfuerzo físico. Además refiere disnea de esfuerzo de 5 meses de evolución que ha progresado en los últimos días acompañado de cuadro presincojal de 4 horas de evolución. Niega pérdida de consciencia, palpitations, ortopnea o DPN. No alergias medicamentosas. Con antecedentes de HTA, DLP y DM tipo II en tratamiento con Enalapril 20mg, Atorvastatina 60mg y Metformina 850mg.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 150 / 98 90 lpm SAT 100%. Pálidez mucocutánea, Eupneico en reposo. C y C: No IY. AC: Rítmico con soplo sistólico en foco aórtico que irradia a carótidas. 2R abolido. AP: MVC, sin ruidos patológicos. ABD: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias, RHA presentes. EEII: Sin edemas, pulsos pedios presentes. ECG: RS a 92lpm con signos de hipertrofia ventricular izquierda. No signos agudos de repolarización. RX Torax: Sin hallazgos significativos

Juicio clínico: Estenosis aórtica severa sintomática

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía isquémica. Esclerosis senil. Regurgitación Mitral. Cardiomiopatía hipertrófica obstructiva

Comentario final: Las enfermedades coronarias y valvular son las causas más frecuentes de cirugía cardíaca en este grupo de población. La estenosis aórtica severa calcificada es la valvulopatía más frecuente, aumentando progresivamente con la edad, pasando de 2,5% a los 75 años al 8,1% a los 85 años. La cirugía es electiva cuando aparecen síntomas. No siendo necesario realizar controles ecográficos en pacientes asintomáticos. La cirugía de sustitución protésica por estenosis severa sintomática obtiene resultados favorables y la supervivencia se relaciona con la función renal, la cirugía por estado crítico y hemorragia.

Palabras clave: Estenosis aortica, Calcificación aórtica, Valvulopatía.

Bibliografía

1. Kodali SK, Williams MR, Smith CR, Svensson LG, Webb JG, Makkar RR, et al. Two-year outcomes after transcatheter or surgical aortic-valve replacement, *N Engl J Med*. 2012; 366: 1686-95.
2. Pascual I, Avanzas P, Muñoz-García AJ, Lopez-Otero D, Jimenez-Navarro MF, Cid-Alvarez B, et al. Implante percutáneo de la válvula autoexpandible Corevalve en pacientes con estenosis aórtica grave y aorta de porcelana: seguimiento a medio plazo. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66: 775-81.
3. Stefanini GG, Stortecky S, CAo D, Rat-Wirtzler J, Osullivan CJ, Gloekler S, et al. Coronary artery disease severity and aortic stenosis: clinical outcomes according to SYNTAX score in patients undergoing transcatheter aortic valve implantation. *Eur Hear J*. 2014; 35:2530-40.