



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



264/119 - ESTO NO ES OTRA BRONQUITIS

D. Ternero Escudero^a, Á. Gutiérrez García^b y M. Reina Martín^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón 67 años sin alergias conocidas. Antecedentes de EPOC severo fenotipo bronquitis crónica, SAHS, hipertensión arterial, dislipemia, asbestosis con calcificaciones pleurales bilaterales, artrosis generalizada, obesidad. En tratamiento con losartan, ácido acetilsalicílico, terbasmin turbuhaler, ultibro, espironolactona, omeprazol. Exfumador 3 paquetes al día desde hace 5 años. Paciente en seguimiento de forma habitual por EPOC severo con 2-3 agudizaciones al año. Refiere aumento de su disnea habitual de un mes de evolución por la que ha acudido en varias ocasiones a Urgencias precisando de hasta tres ciclos de antibioterapia y corticoterapia con escasa respuesta. Tras rehistoriar al paciente cuenta una clínica de disnea progresiva de pequeños esfuerzos con ocasionales edemas de MMII. Ortopnea de dos almohadas. Afebril con escaso aumento de tos y expectoración blanquecina.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general. Bien hidratado y perfundido. Ligera taquipnea. TA: 130/80. Tª 36,3 °C. SatO2: 95%. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos a 95 latidos por minuto con soplo sistólico en todos los focos con predominio en aórtico. Roncus dispersos y crepitantes bibasales. Abdomen: anodino. No signos de TVP con ligeros edemas en miembros inferiores. Analítica sanguínea: hemoglobina 12,3. Leucocitos 5.800. Plaquetas 327.000. Bioquímica normal. PCR 20. Gasometría normal. Radiografía de tórax: elongación aórtica moderada con calcificaciones en cayado aórtico. Calcificaciones pleurales bilaterales. Infiltrado intersticial bilateral. Cardiomegalia. ECG: ritmo sinusal con bloqueo completo de rama izquierda. Ecocardiograma: válvula aórtica intensamente calcificada con estenosis grave. Hipertrofia de ventrículo izquierdo con función global severamente deprimida. Coronariografía sin alteraciones.

Juicio clínico: Estenosis aórtica grave.

Diagnóstico diferencial: Agudización EPOC. Insuficiencia cardíaca.

Comentario final: Evolución: derivado de forma preferente a Cardiología con ajuste de tratamiento diurético con furosemida, que provocó mejoría de clínica respiratoria. Tras realización de ecocardiograma se incluyó en lista para cirugía cardíaca. Se realiza sustitución valvular aórtica por prótesis biológica con excelente respuesta y con importante recuperación de función de ventrículo izquierdo. Conclusión: resulta fundamental el abordaje global del motivo de consulta del paciente teniendo en cuenta y muy presentes los antecedentes personales previos pero sin que estos puedan

enmascararnos nuevos síntomas relacionados que el paciente pueda presentar. Una historia clínica completa haciendo hincapié en los síntomas clave que el paciente nos refiera resulta fundamental para un correcto y precoz diagnóstico.

Bibliografía

1. Otto CM, Cooper S. Medical management of symptomatic aortic stenosis. UpToDate, 2015.
2. Gaasch WH. Indications for valve replacement in aortic stenosis in adults. UpToDate, 2016.