

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

424/260 - INSUFICIENCIA CARDIACA DE ORIGEN VALVULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Perera Martín¹, B. Tiessler Martínez² y S. Camacho Reina³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Málaga.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años, sin alergias y con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardiaca (IC) (clase funcional II) con estenosis aortica (EAo) leve-moderada y FEVI conservada, FA permanente, marcapasos por bloqueo A-V, ictus isquémico vertebro-basilar, acude a Urgencias por cuadro de 3 semanas de incremento de su disnea habitual hasta hacerse de reposo y ortopnea. Recientemente estuvo en consultas de IC, precisando intensificación del tratamiento deplectivo por ganancia ponderal injustificada en paciente con resistencia a diuréticos. Durante su estancia en Observación, precisó de tratamiento deplectivo basado en furosemida a dosis máximas y clortalidona. No obstante, dada la ausencia de respuesta y deterioro de la función renal, se ordenó su ingreso en Medicina Interna con suero salino hipertónico y, posteriormente, Dopamina a dosis natriuréticas. Tras la estabilización, fue derivada a Cirugía Cardiovascular para realización de valvuloplastia.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Disneica en reposo. Ingurgitación yugular bilateral. Tones arrítmicos a 85 lpm y soplo pansistólico polifocal con abolición del 2º ruido. Hipofonesis de predominio en bases. Abdomen con edema de pared. Edemas con fóvea de miembros inferiores. Úlcera con foco necrótico y signos de sobreinfección en pulpejo de primer dedo de pie derecho. Analítica de sangre: Leve deterioro de la funcional renal con Creatinina 1,8 mg/dL (basal 1,20 mg/dL) y NT-proBNP 13.500 pg/mL. Ecocardiograma-doppler: EAo severa con dilatación biauricular leve. VI con hipertrofia concéntrica leve y FEVI 40%. IM leve. HTP post-capilar grave. Derrame pleural bilateral.

Orientación diagnóstica: Insuficiencia cardiaca congestiva de origen valvular.

Diagnóstico diferencial: IC congestiva a valorar: Progresión de EAo. Descompensación por sobreinfección de úlcera en pie diabético, transgresión dietética o incumplimiento terapéutico. TEP.

Comentario final: La evolución de la IC valvular se encuentra supeditada a la progresión en la severidad de la valvulopatía, siendo necesario su tratamiento una vez resuelta la fase aguda (en donde indagaremos sobre el factor desencadenante).

Bibliografía

- Eugène M, Urena M, Abtan J, et al. Effectiveness or Rescue Percutaneous Balloon Aortic Valvuloplasty in Patients With Severe Aortic Stenosis and Acute Heart Failure. Am J Cardiol.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca. Estenosis aórtica. Valvuloplastia. TAVI.