



**Mi Universidad**

*Nombre del Alumno: Andrea Citlali Maza López*

*Nombre del tema: casos clínicos*

*Parcial: primero*

*Nombre de la Materia: cardiología*

*Nombre del profesor: Dra. Manuel Eduardo López Gómez*

*Nombre de la Licenciatura: medicina humana*

*Quinto semestre*

*San Cristóbal de las casas, Chiapas, 15 de septiembre de 2022*

Varón 67 años sin alergias conocidas.

Antecedentes de EPOC severo fenotipo bronquitis crónica, 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 miembros inferiores, así como 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. Temperatura 36,3 °C. SatO<sub>2</sub>: 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. Gasometría normal.

Radiografía de tórax: elongación aórtica moderada con calcificaciones en cayado aórtico.

Calcificaciones pleurales bilaterales. Infiltrado intersticial bilateral.

Cardiomegalia.

Hipertrofia de ventrículo izquierdo con función global severamente deprimida.

- Diagnóstico: [estenosis aortica](#)
- Signos y síntomas que orientan tu diagnóstico: [la elongación aortica y presencia de calcificaciones en el cayado aórtico, presencia de cardiomegalia, hipertrofia del ventrículo izquierdo.](#)
- Factores de riesgo: [edad, hipertensión,](#)
- Fisiopatología de la enfermedad: [se relaciona con las calcificaciones asociadas a la edad, lo que evita que la válvula aortica no se abra completamente.](#)

Presentación del caso:

Varón de 66 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia:

Sin alergias conocidas

Fumador activo de 20 cigarros al día

Alcoholismo severo (>80 mg/día)

EPOC sin tratamiento

Desconoce si padece HTA, dislipidemia o DM tipo 2.

Acude a consulta en su clínica de primer nivel por:

Edema maleolar bilateral, disnea progresiva de 3 semanas de evolución, actualmente con ortopnea, disnea paroxística nocturna y palpitaciones.

Al interrogatorio se encuentra que hay disnea de esfuerzo de 3 meses de evolución, sin dolor torácico, a lo cual se da tratamiento con broncodilatadores, corticoesteroides y antibióticos, sin mejoría.

EF:

Temperatura 36.6 C, TA 140/100 mm/Hg, FC 128 lpm, Fr 28 rpm, tegumentos con buena coloración, no tolera el decúbito, auscultación cardiaca con ritmo de galope, ingurgitación yugular positiva, edema maleolar (+++).

Estudios de gabinete:

Rx: Derrame pleural derecho, aumento de densidad perihiliar.

- Diagnóstico: [insuficiencia cardiaca](#)
- Signos y síntomas que orientan tu diagnóstico: [disnea progresiva](#), [ortopnea](#) y [disnea paroxística](#), [palpitaciones](#), [edema maleolar](#).
- Factores de riesgo: [alcoholismo](#), [fumar](#), [edad](#), [ser hombre](#)
- Fisiopatología de la enfermedad: [el miocardio no se contrae bien, lo que dificulta el bombeado sanguíneo lo que hace ocasiona que la sangre pueda acumularse en otras zonas del cuerpo.](#)

## Caso clínico

Puérpera de 32 años con antecedente de dos embarazos previos complicados.

El primero, con preeclampsia severa con muerte del feto in útero por causa desconocida a las 38 semanas de gestación; el segundo embarazo cursó normo evolutivo durante la gestación hasta el expulsivo donde se realizó un parto instrumentado con fórceps.

Inició siete días previos a su ingreso con edema de miembros pélvicos no doloroso, ascendente, caliente, blando; a las 24 horas se agregó cefalea parietal bilateral, pulsátil, con intensidad 8/10, acompañada de náusea con vómito de contenido gastrobiliar y disnea de pequeños esfuerzos.

Acudió a clínica de primer nivel, donde se detectó cifras tensionales de 130/80 y se le refirió a segundo nivel.

Se internó en el Servicio de Materno-Fetal con sospecha diagnóstica de trombosis venosa profunda.

Cursó con deterioro súbito de la función pulmonar manifestado con hipoxemia severa; requirió de ventilación mecánica invasiva por desarrollo de edema agudo pulmonar.

Ruidos cardiacos disminuidos con reforzamiento del segundo ruido y soplo holosistólico II/VI en el foco mitral, sin galope o frote pericárdico.

- Diagnóstico: [estenosis mitral](#)
- Signos y síntomas que orientan tu diagnóstico: [presencia de edema agudo pulmonar, soplo holosistolico II/VI en el foco mitral.](#)
- Factores de riesgo: [ser mujer, se presenta entre los 30 años de edad,](#)
- Fisiopatología de la enfermedad: [el área de la válvula mitral disminuye, lo que produce una resistencia al vaciamiento de la aurícula izquierda que produce una presión diastólica entre la aurícula y ventrículo izquierdo.](#)

## Caso clínico

Masculino de 35 meses originario de Chapala, Jalisco, sin antecedentes de importancia. Recibió seno materno hasta los 24 meses. Esquema de inmunizaciones completas para la edad. Alergias negadas, sin hospitalizaciones previas. La madre refirió cuadros de faringitis de repetición desde el año y medio de vida, al menos un episodio por mes.

Inició 22 días previos a su ingreso con fiebre intermitente y de difícil control hasta 39 °C; fue tratado con paracetamol y medios físicos durante tres días.

Presentó lesiones dérmicas tipo salpullido «piel de gallina», que iniciaron en el tronco (rubicundez) y se diseminaron a las extremidades superiores, cuello, cara y extremidades inferiores; respetaron las palmas.

A nivel facial, mostró lesiones en ambas mejillas con eritema y calor; en los miembros inferiores, edema bilateral.

Al cese de la fiebre inició con dolor intenso en la articulación tibiotarsiana y rodilla ipsilateral que limitó la deambulaci3n; el dolor fue migratorio hasta involucrar ambas caderas y codos.

Acudió con un médico por incremento de volumen en la rodilla; se le prescribió amoxicilina a 42 mg/kg/día durante seis días.

Disminuyó el proceso inflamatorio y mejoró el dolor articular al segundo día de tratamiento.

El paciente mejoró por 72 horas y reapareció la artritis en los mismos sitios anatómicos referidos, pero con mayor inflamaci3n, edema e imposibilidad para la deambulaci3n; por ello, acudió al hospital de tercer nivel.

Aunado a la sintomatología descrita, el paciente presentó anemia microcítica hipocrómica, así como soplo holosistólico grado III, miocarditis, insuficiencia tricúspidea, hipertrofia de ventrículo izquierdo leve y derrame pericárdico de 15 cm<sup>3</sup> como hallazgos ecocardiográficos.

- Diagnóstico: [fiebre reumática por faringitis](#)
- Signos y síntomas que orientan tu diagnóstico: [fiebre, dolor de articulaciones que migra a otra, lesiones dérmicas de tipo salpullido.](#)
- Factores de riesgo: [contacto con agente patógeno de faringitis en múltiples ocasiones, edad menor a 5 años.](#)
- Fisiopatología de la enfermedad: [el estreptococo beta hemolítico del grupo A que afecta principalmente a articulaciones, tejido celular subcutáneo y corazón presenta un estímulo a través de la proteína M de la membrana lo que activa a los leucocitos lo cual inicia el proceso proinflamatorio lo que da como resultado pericarditis, miocarditis y endocarditis.](#)

## Caso clínico

Paciente con antecedentes de tabaquismo, hipercolesterolemia y clínica de cefalea occipital, vómitos y mareos.

Se detectan cifras elevadas de TA, presentando una exploración física y pruebas complementarias básicas normales.

Su médico de Atención Primaria solicita ecografía de abdomen donde se aprecia posible estenosis de la arteria renal que se confirma tras la realización de una angiorrresonancia.

Se instauro tratamiento antihipertensivo y posteriormente se realiza la dilatación de la estenosis permaneciendo el paciente normotenso sin precisar medicación.

Como antecedentes personales, destacar que era fumador de unos 10-15 cigarrillos al día y tenía hipercolesterolemia en tratamiento dietético. Llevaba una vida sedentaria.

Presentaba una exploración física dentro de la normalidad. Peso 74 kg, talla 169 cm (IMC 25,9). TA 172/101 mmHg (media de dos tomas). Frecuencia cardiaca de 78 latidos por minuto.

En la analítica que se solicita en urgencias presentaba un hemograma y bioquímica básica, con glucosa, iones y perfil renal, dentro de los valores normales; así como una analítica básica de orina, una radiografía de tórax y electrocardiograma que también fueron normales.

Al mes se solicita nuevamente control analítico que incluye hemograma, bioquímica con perfil general y orina básica que son normales excepto: colesterol total 274 mg/dL, HDLc 50 mg/dL y LDLc 208 mg/dL.

- Diagnóstico: [hipertensión arterial grado 2](#)
- Signos y síntomas que orientan tu diagnóstico: [mareos](#), [cefalea occipital](#), [estenosis de la arteria renal](#).
- Clasificación según la JNC7: [hipertensión de grado 2](#)
- Factores de riesgo: [presencia de enfermedades como hipercolesterolemia](#), [tabaquismo](#), [sedentarismo](#), [estenosis de la arteria renal](#).
- Fisiopatología de la enfermedad: [la hipertensión arterial se da debido a una disfunción de los procesos reguladores de la presión como lo son el sistema renina-angiotensina-aldosterona que gestiona la vasodilatación o vasoconstricción, además de la excreción de agua y sodio.](#)