

# Casos Clínicos

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LIC. EN MEDICINA HUMANA

QUINTO SEMESTRE PRIMER PARCIAL

Cardiología

DOCENTE: Doc. Manuel Eduardo López Gómez

ALUMNO: Mario de Jesús Santos Herrera

16/09/2022

- 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.

- Diagnostico:  
Estenosis mitral
- Signos y síntomas que orientan tu diagnostico:  
Sopló cardíaco
- Factores de riesgo:  
hipertensión arterial, dislipemia.
- Fisiopatología de la enfermedad: Estenosis mitral, reducción de la superficie del orificio mitral en diástole, aumento de la presión en el territorio vascular pulmonar, dilatación de la aurícula izquierda, embolización, fibrilación auricular, trombos, proceso reumático, hipertensión arterial pulmonar.

- 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.

- Diagnostico:  
Insuficiencia cardíaca
- Signos y síntomas que orientan tu diagnostico:  
no tolera el decúbito, cardíaca con ritmo de galope
- Factores de riesgo:  
Edema maleolar bilateral, disnea progresiva de 3 semanas de evolución, actualmente con ortopnea, disnea paroxística nocturna.
- Fisiopatología de la enfermedad:
- La insuficiencia cardíaca es un síndrome heterogéneo resultante de daño estructural de la fibra miocárdica a través de diversos mecanismos como cardiomiopatía idiopática, infarto agudo del miocardio, hipertensión arterial sistémica o valvulopatía cardíaca, entre otras causas.

- Caso clínico

- Puérpera de 32 años con antecedente de dos embarazos previos complicados.
- El primero, con preeclampsia severa con muerte del feto *in utero* por causa desconocida a las 38 semanas de gestación; el segundo embarazo cursó normoevolutivo 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.

- Diagnostico:  
Estenosis aortica
- Signos y síntomas que orientan tu diagnostico:
- cefalea parietal bilateral, hipoxemia severa, cardiacos disminuidos con reforzamiento del segundo ruido y soplo holosistólico II/VI en el foco mitral, sin galope o frote pericárdico.
- Factores de riesgo:  
embarazos previos complicados.
- Fisiopatología de la enfermedad: La estenosis aórtica (EAO) consiste en una restricción a la apertura sistólica de la válvula, que condiciona una dificultad al paso de sangre desde el ventrículo izquierdo a la aorta en sístole.

- 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 inflamación, edema e imposibilidad para la deambulacion; 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 tricuspídea, hipertrofia de ventrículo izquierdo leve y derrame pericárdico de 15 cm<sup>3</sup> como hallazgos ecocardiográficos.

- Diagnostico:  
Fiebre reumática
- Signos y síntomas que orientan tu diagnostico:  
fiebre intermitente, dolor intenso en la articulación
- Factores de riesgo:  
cuadros de faringitis
- Fisiopatología de la enfermedad: es una enfermedad inflamatoria sistémica caracterizada por la presencia de lesiones que afectan al corazón, las articulaciones, el sistema nervioso central, la piel y el tejido celular subcutáneo como secuela de una infección faríngea por estreptococo betahemolítico del grupo A.

- 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 angiorresonancia.
- 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.

- Diagnostico:  
Hipertensión arterial
- Signos y síntomas que orientan tu diagnostico:  
Tensión arterial alta, obesidad.
- Clasificación según la JNC7  
Estadio 3
- Factores de riesgo:
  - hipercolesterolemia y cefalea occipital
- Fisiopatología de la enfermedad:se caracteriza básicamente por la existencia de una disfunción endotelial