



Mi Universidad

casos clínicos.

Nombre del Alumno: Nohemí Judith escobar ramos.

Nombre del tema: cardiopatía congénita, pericarditis, disección aortica.

Parcial: 4°

Nombre de la Materia: cardiología.

Nombre del profesor: Dr. Darinel navarro pineda.

Nombre de la Licenciatura: medicina humana

Semestre: 5to.

Caso clínico: cardiopatía congénita.

Adulto de 28 años, sexo masculino, con sospecha de cardiopatía congénita al nacimiento no investigada por la rechazo de los padres, se presentó acianótico y con desarrollo satisfactorio hasta los 10 años, cuando un episodio de neumonía originó remisión hacia el centro de referencia. Se realizó cateterismo cardíaco, cuyo resultado nunca fue conocido por la familia debido al abandono del tratamiento. A los 27 años, el paciente pasó a sentir disnea nocturna y se remitió a un centro de referencia, donde se sometió a un ecocardiograma, que diagnosticó atresia pulmonar con comunicación interventricular (CIV) amplia, insuficiencia aórtica moderada, ectasia importante de la raíz de la aorta. Un nuevo cateterismo se confirmó el diagnóstico ecocardiográfico, demostrando también la presencia de arterias colaterales sistémico-pulmonares. Hubo contraindicación de la cirugía en la ocasión.

Se realizó un ecocardiograma, se planteó la hipótesis diagnóstica de truncus arteriosus atípico, al evidenciar un gran vaso que emergía antes de la aorta ascendente, dando origen al tronco pulmonar, y que no estaba acorde a los tipos clásicamente descriptos.

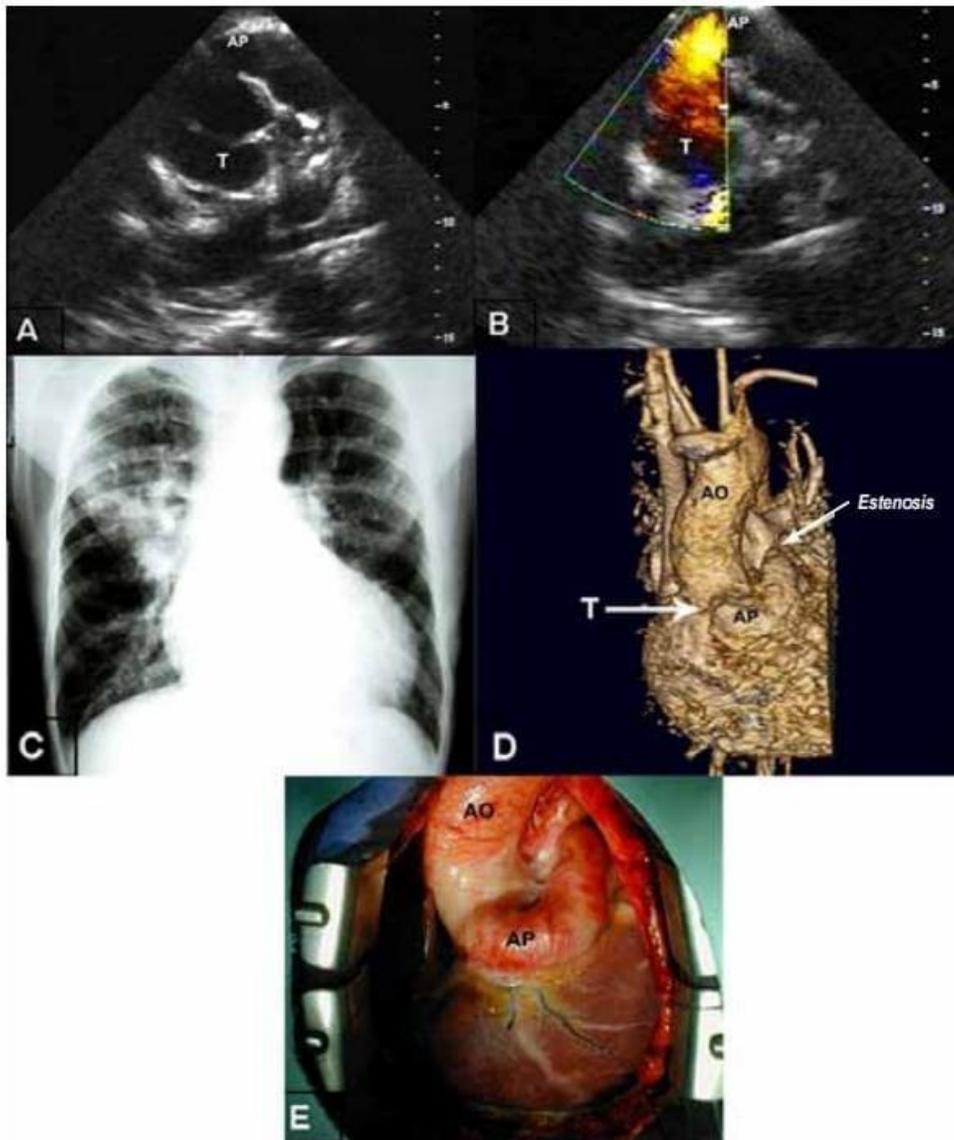
El mapeo en colores mostró flujo acelerado del truncus para el tronco pulmonar, sugiriendo baja resistencia vascular pulmonar. La válvula truncal era tricúspide, discretamente insuficiente y las coronarias emergían en ostium separados sin anormalidades.

A partir del ecocardiograma, un tercer cateterismo cardíaco se llevó a cabo, con la confirmación de la hipótesis diagnóstica de truncus arteriosus sin especificación de tipo, asociado a la arteria para lóbulo medio del pulmón derecho, originándose de la aorta descendente con estenosis en el origen, hipertensión severa en cámaras derechas (100/50/70 mmHg) y presiones normales en aorta (120/55/80 mmHg). Tras el cateterismo, el paciente obtuvo alta hospitalaria por conclusión del equipo de cirugía que lo seguía de que no había más indicación quirúrgica.

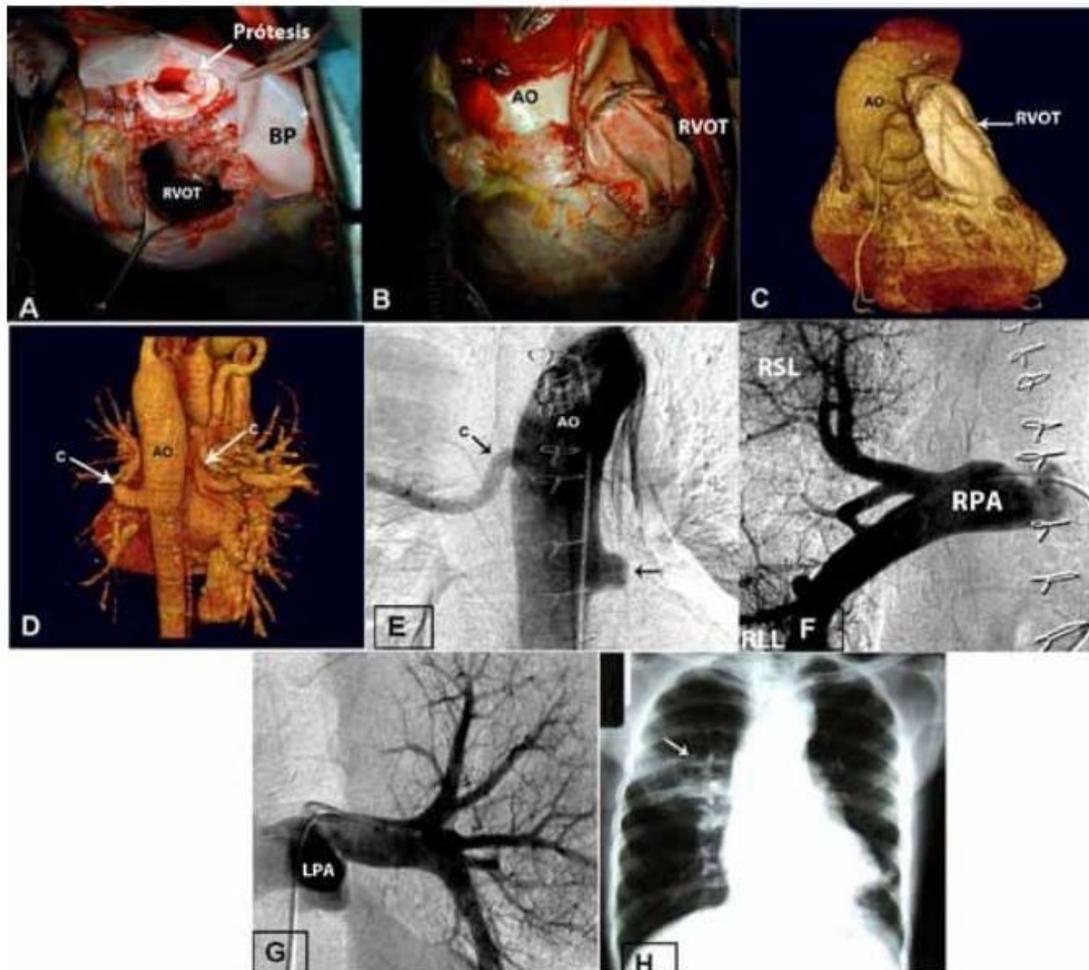
Tras dos meses, una tercera opinión se solicitó por el médico del centro de origen que remitió el paciente para nuestro grupo. En dicha ocasión, el paciente presentaba un buen estado general, acianótico, auscultación cardíaca con soplo continuo ++/4 en todo el precordio acompañado de frémito. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal y alteraciones difusas de la repolarización ventricular. El imagen radiográfica mostró área cardíaca aumentada +++/4 a las costas de ventrículo derecho, con trama vascular pulmonar congesta, principalmente en región perihiliar y base pulmonar derecha (Figura 1C). Una resonancia magnética confirmó la presencia de

un tronco pulmonar con origen sinusal del orificio (debajo de la unión sinotubular)
y estenosis antes de la bifurcación

Estudios de imagen.



El paciente evolucionó con bajo gasto e insuficiencia cardiaca por disfunción biventricular, necesitando de fármacos vasoactivos por tiempo prolongado con recuperación gradual de la función. Obtuvo alta hospitalaria tras 50 días de postoperatorio.



Caso clínico: pericarditis.

Pediátrico de 7 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor torácico de unas horas de evolución que mejora al inclinarse hacia delante y empeora en decúbito prono. Sin antecedente infeccioso ni traumatismo torácico. Intervenido por comunicación interauricular tipo ostium secundum (CIA-OS) amplia, corregida quirúrgicamente hace 9 meses sin incidencias posoperatorias ni en los controles posteriores. Bien vacunado.

Se realiza una radiografía de tórax y un electrocardiograma. Dados los antecedentes del paciente, es visto por Cardiología Infantil y se realiza una ecocardiografía transtorácica (ETT). Ante los hallazgos en el electrocardiograma y la sospecha clínica de pericarditis aguda, se recomienda reposo y tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Dada la ausencia de factores de riesgo, se indican los signos de alarma para vigilar en el domicilio y el control posterior en las consultas.

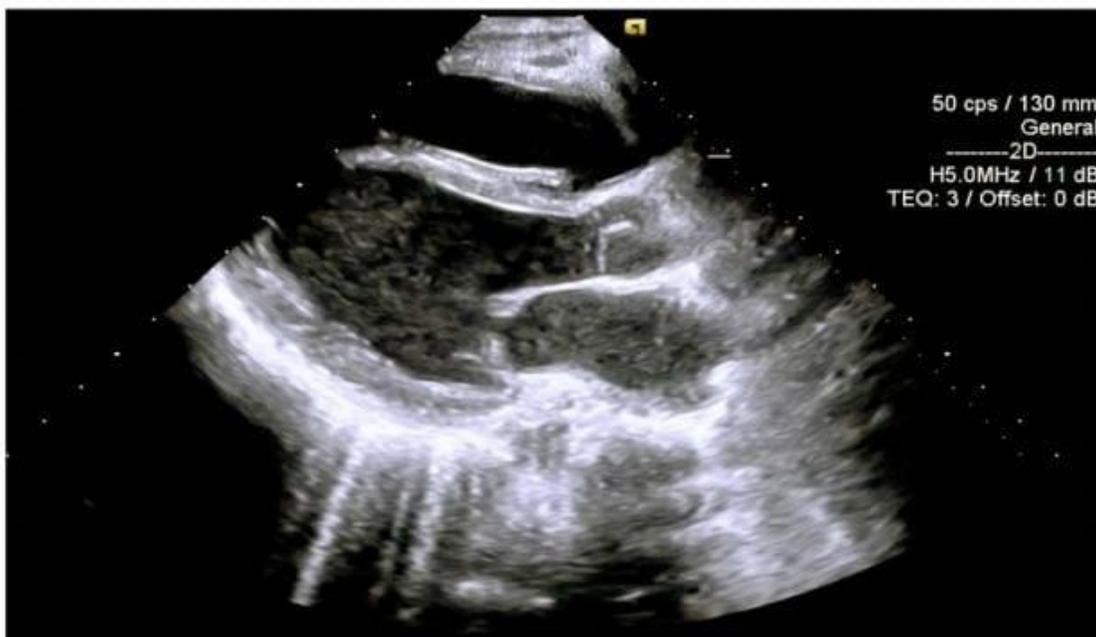
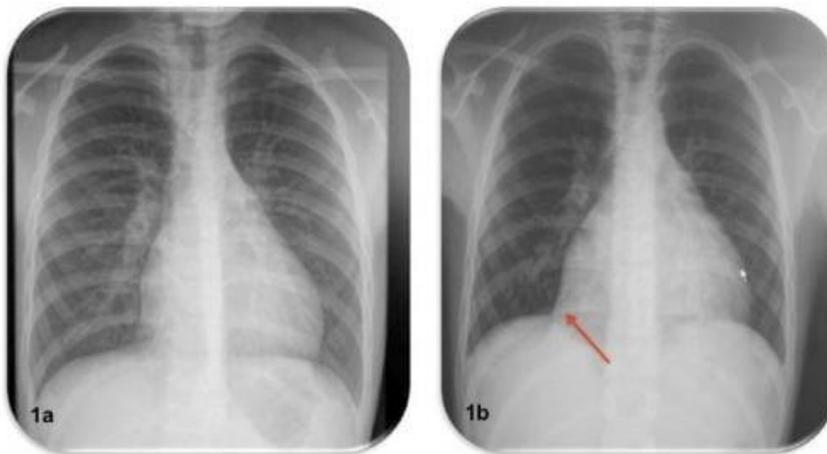
A las 24 horas, inicia un cuadro de fiebre acompañado de malestar general, sudoración y aumento de dolor irradiado a la extremidad superior izquierda y el cuello, que se acentúa con la inspiración. Es reevaluado en Urgencias y se destaca, en la exploración física, palidez y sudoración con adecuada perfusión periférica y pulsos distales presentes.

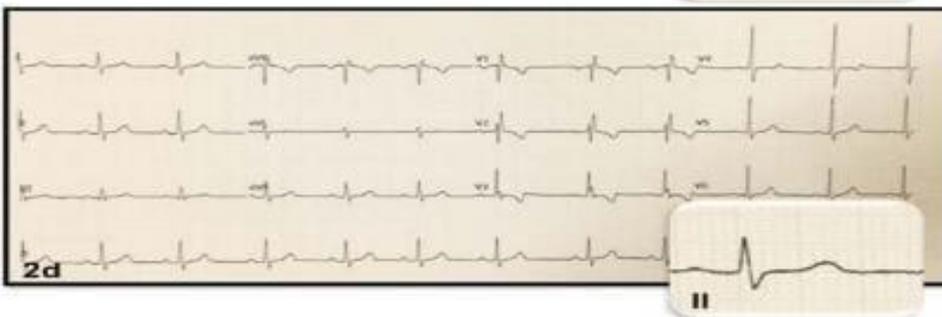
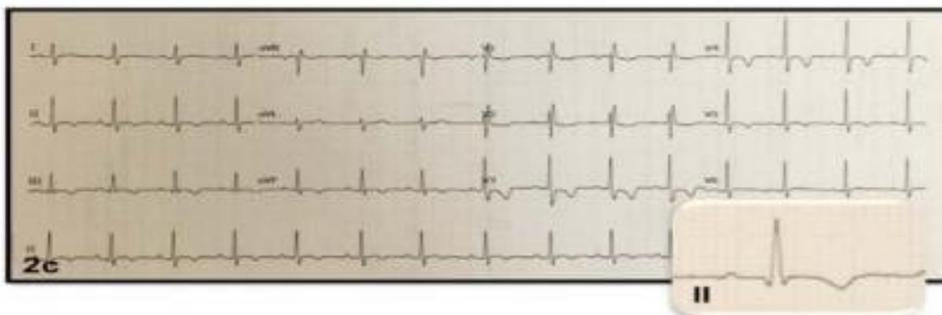
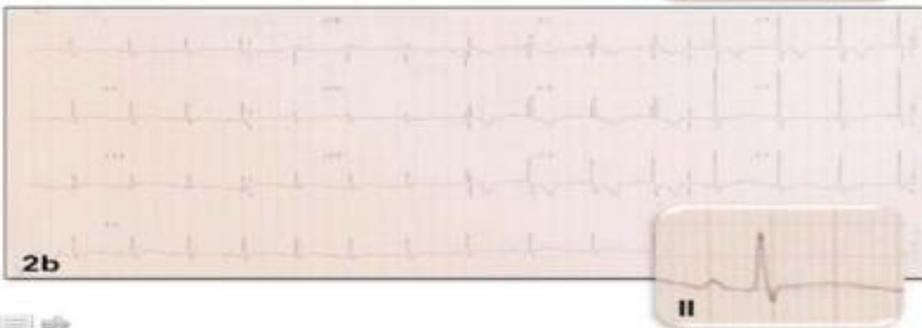
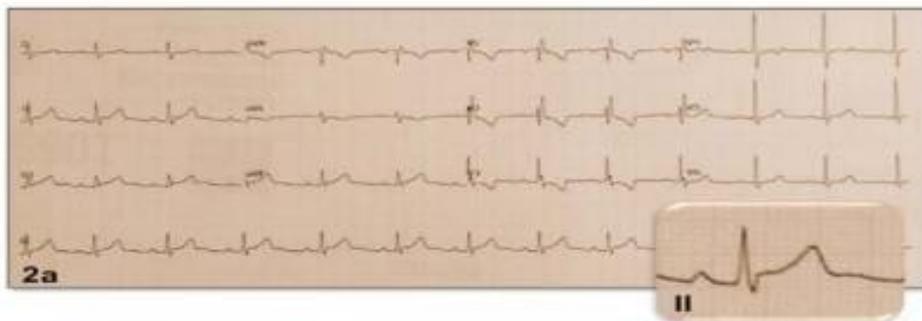
Las cifras de tensión arterial y de frecuencia cardíaca (FC) son normales y no se aprecia pulso paradójico ni roce pericárdico en la auscultación cardíaca. Ante el empeoramiento clínico, se realiza una nueva radiografía de tórax, sugestiva de aparición de derrame pericárdico, confirmado en la ETT y un electrocardiograma de control. Ante la rapidez de la instauración del derrame pericárdico moderado (11-12 mm) y el brusco empeoramiento clínico, se decide la monitorización y la vigilancia estrecha en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Durante su ingreso, se amplía la batería de estudios para despistaje infeccioso y otras posibles causas, y se destaca, únicamente, una discreta leucocitosis con neutrofilia, que se resuelve en la analítica de control a las 48 h. Fracción N-terminal del péptido natriurético cerebral (ProBNP): 588,2 pg/mL (0-300 pg/mL); troponina I: < 0,01 ng/mL (0-0,04 ng/mL); creatina quinasa (CK): 77 U/L (0-171 U/L); proteína C reactiva (PCR): 7,42 mg/ dL (0-0,5 mg/dL); y procalcitonina: 0,55 ng/ mL (0-0,5 ng/mL). Función renal, hepática y tiroidea: normal. Las serologías extraídas para enfermedad de Lyme, virus de Epstein-Barr, parvovirus B19, micoplasma, citomegalovirus, rubéola, toxoplasma y PCR para enterovirus fueron negativas, así como el hemocultivo, la prueba de la tuberculina y el exudado faríngeo de enterovirus mediante PCR.

Ante el diagnóstico de exclusión definitivo de pericarditis aguda idiopática con derrame pericárdico, se inicia un tratamiento con aspirina (ácido acetilsalicílico – AAS–) (100 mg/kg/día cada 6 h) y colchicina (0,5 mg/día), con buena evolución del dolor y mejoría del estado general. Por la estabilidad clínica, puede ser dado de alta a las 72 h del ingreso, y se recomienda reposo y mantener el tratamiento médico. La evolución es satisfactoria con desaparición de la clínica a la semana del inicio del tratamiento. Permanecen los signos electrocardiográficos de pericarditis en resolución, durante el primer mes con normalización completa del electrocardiograma.

Estudios de imagen.





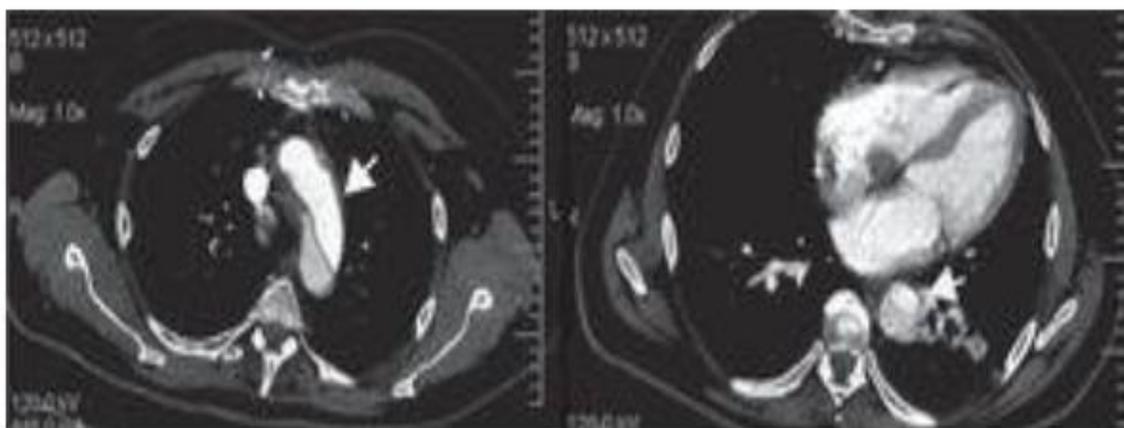
Caso clínico: disección aortica.

Varón de 45 años, sin antecedentes de interés y con vida activa, que acude al servicio de urgencias, trasladado en ambulancia, tras sufrir un síncope en su domicilio. A su llegada al hospital se constata un defecto campimétrico izquierdo y hemiparesia derecha. Se realizaron las pruebas complementarias básicas (analítica de sangre, electrocardiograma y radiografía de tórax) además de un TAC de cráneo. Cabe destacar entre las pruebas realizadas la radiografía de tórax, en la que se observaba un ensanchamiento mediastínico y un pinzamiento del seno costofrénico derecho. En el TAC de cráneo no se apreciaron alteraciones fuera de la normalidad.

Durante su ingreso permaneció estable y con recuperación de la sintomatología. Sin embargo, se produjo un empeoramiento de su estado general, presentando fuerte dolor torácico irradiado a espalda. Se realizaron nuevas pruebas, entre ellas una ecografía trans-esofágica y un TAC toraco-abdominal donde se apreciaba una DA ascendente y descendente con ambas luces permeables, que se extendía al plano valvular, al tronco braquiocefálico, ambas carótidas, subclavia izquierda e ilíacas, y derrame pleural bilateral.

Fue intervenido de urgencia reparándose la disección de aorta mediante interposición de una prótesis y resuspensión de la válvula aórtica. Actualmente el paciente desarrolla una vida prácticamente normal.

Estudio de imagen.



(Lilian Maria Lopes, 2023)

Bibliografía

Lilian Maria Lopes, J. P. (8 de diciembre de 2023). *SBC*. Obtenido de SBC:

<https://www.scielo.br/j/abc/a/KzmjcpDpdnqdWk6xBTj7hPK/?lang=es&format=pdf>