



Mi Universidad

*Nombre del Alumno: **Rebeca María Henríquez Villafuerte***

*Nombre del tema: **Casos clínicos de los siguientes temas:
Cardiopatías congénitas, Pericarditis y Disección aórtica***

*Parcial: **2°***

*Nombre de la Materia: **Cardiología***

*Nombre del profesor: **Dr. Darinel Navarro Pineda***

*Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana***

*Semestre: **5°***

San Cristóbal de las Casas, Chis, 07 de Diciembre de 2023.

CASO CLÍNICO N° 1: TETRALOGÍA DE FALLOT EXTREMA:

ANTECEDENTES:

Neonato de 12 días de vida, sin antecedentes prenatales de importancia, nacido por cesárea a las 37 semanas de gestación por ruptura prematura de membranas de 13 horas de evolución; con APGAR de 8 al primer minuto y 9 al minuto 10, Capurro de 36 semanas de gestación, peso de 2500 g, talla 46 cm, perímetro cefálico 33 cm. Al nacimiento, recién nacido presentó cianosis, aleteo nasal y dificultad respiratoria, por lo que ingresó al servicio de neonatología de clínica particular con diagnóstico de Síndrome de Distrés Respiratorio. Al presentar soplo sistólico en punta y un soplo sistodiastólico 3/6 en base, con pulsos periféricos positivos, fue valorado por cardiología y se realizó ecocardiograma que reportó: atresia pulmonar + comunicación interventricular + ductus persistente; motivo por el cual fue transferido al Hospital José Carrasco Arteaga, centro de atención de tercer nivel.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Ainsworth y Wren demostraron que la examinación neonatal detecta solamente el 44% de malformaciones cardíacas [16]. Si se ausculta un soplo, existe probabilidad del 42.5-54% de una malformación subyacente, por lo que una investigación oportuna está indicada [16 - 17]; sin embargo, hay que considerar que algunas ECC pueden estar presentes en ausencia de soplos cardíacos [18]. El caso expuesto concuerda con lo mencionado, pues en este paciente, se apreció un soplo sistodiastólico en la base del corazón desde el nacimiento. El manejo adecuado fue la inmediata valoración por el especialista y la realización de un ecocardiograma. Cabe recalcar que el paciente no tiene antecedentes de cardiopatías congénitas familiares y no se encontraron infecciones, exposición a tóxicos o desórdenes maternos metabólicos.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

Se realizó una radiografía de tórax y ecocardiograma en el que se reporta: atresia de la válvula pulmonar con hipoplasia de arteria pulmonar, con ramas pulmonares; derecha 3.6 mm, izquierda 3.1 mm, ductus permeable sigmoide de aproximadamente 3.8 mm, comunicación interventricular tipo mal alineamiento 5 mm con aorta cabalgante en septo interventricular. Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo: 74%; es decir Tetralogía de Fallot Extrema Ductus Dependiente. En neonatología se da soporte de oxígeno ambiental intermitente a 0.5 litros manteniendo saturaciones entre 70-86%, frecuencia cardíaca entre 143-170 por minuto, presión arterial media entre 25-58 mmHg sin necesidad de inotrópicos. Se inicia infusión de prostaglandinas a 0.01 mcg/kg/min. El servicio de cirugía cardiotorácica realiza una fístula de Blalock-Taussig, evolucionando con derrame pleural izquierdo al tercer día de la cirugía, y al séptimo día shock hipovolémico debido a pérdida sanguínea por el tubo torácico.

CASO CLÍNICO N° 2: PERICARDITIS:

ANTECEDENTES:

Mujer de 42 años, residente de Altotonga, Veracruz. Sin antecedentes crónico-degenerativos reportados ni inmunizaciones previas conocidas. Test de Combe negativo. Con antecedentes de tabaquismo en la juventud durante seis años y suspendido a los 29 años. Alcoholismo negativo. Antecedentes quirúrgicos de dos cesáreas sin aparentes complicaciones. Inició su historia cardiovascular tres meses previos a su evaluación con la presencia de disnea progresiva, de grandes a moderados esfuerzos; además de astenia y dolor torácico pungitivo en el hemitórax izquierdo, sin irradiación, con intensidad 3/10 de la escala visual análoga (EVA), sin relacionarse con la actividad física y de manera intermitente, con duración de una hora en promedio, atenuándose con la ingesta de analgésicos no esteroideos. Dos meses y medio después, al manifestar deterioro de la disnea a pequeños esfuerzos y agregándose disnea paroxística nocturna, ortopnea, fiebre de 38.5°C de predominio nocturno y exacerbación del dolor torácico, motivo por el cual decide acudir al Centro de Alta Especialidad del Estado de Veracruz para su evaluación.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Presión arterial de 80/60 milímetros de mercurio (mmHg), frecuencia cardíaca 130/min, frecuencia respiratoria 24/min, temperatura 36.5°C, peso 52 kilogramos, talla 1.62 metros, Índice de Masa Corporal 19.8 kg/m². Neurológicamente íntegra, adecuada hidratación de piel y mucosas, palidez de tegumentos +, cuello delgado con plétora yugular grado III. Tórax con estertores crepitantes diseminados bilaterales. Se integra síndrome de derrame pleural en región subescapular de hemitórax izquierdo, así como síndrome de condensación en región supraescapular izquierda; los ruidos cardíacos con taquicardia, de intensidad disminuida, rítmicos, S1 audible y normal, S2 con desdoblamiento fisiológico, S3 audible y S4 no audible, sin más extratonos audibles. Abdomen blando y depresible, con hepatomegalia de 5x2x2 centímetros por debajo del borde costal, sin esplenomegalia palpable. Extremidades íntegras y funcionales, con presencia de pulso paradójico.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

Resultados de los estudios de laboratorio: Hemoglobina 8.6 g/dL, hematocrito 32.8%, linfocitos 950 mil/mm³, monocitos 880 mil/mm³, glucemia 98 mg/dL, creatinina 0.7 mg/dL, urea 22.8 mg/dL, sodio 130 mmol/L, cloro 93 mmol/L, calcio 8.5 mg/dL, bilirrubina total 1.4 mg/dL, AST 30 U/L, ALT 18 U/L, TSH 1.29 ug/dL, T4 1.38 ug/dL, Anti-VIH no reactivo, Antiestreptolisinas 196 UI/mL, VSG 47 mm/hr, factor reumatoide <10 UI/mL, B2 Microglobulina 2.6ng/ mL, perfil de Hepatitis no reactivo.

Electrocardiograma: Microvoltaje y ondas T invertidas en todas las derivaciones.

Radiografía: Anteroposterior de tórax con imagen de corazón en garrafa, así como radiopacidad heterogénea en el lóbulo superior izquierdo.

Ecocardiograma: Fracción de expulsión del ventrículo derecho de 52%, pericardio engrosado de 12 mm con derrame importante en su interior, generalizado, cuantificado en 1,200 ml (Figura 2), que condiciona datos sugestivos de compromiso hemodinámico, con variabilidad durante el ciclo respiratorio del flujo transtricuspidal y transmitral.

Ventrículo derecho con diámetros dentro de límites normales, con engrosamiento sistólico en reposo que demuestra hipocinesia generalizada severa, adicionalmente con colapso diastólico de la punta y segmento medio, sin hipertrofia, con función sistólica severamente deprimida (desplazamiento sistólico del anillo tricuspideo 6, onda S tisular 5, cambio fraccional de área 20%).

Aurícula derecha dilatada, sin trombos en su interior, con colapso de su pared durante la diástole.

Líquido de pericardiocentesis: Celularidad 4,500 por campo, polimorfonucleares 18%, mononucleares 82%, amino aspartatotransferasa 218 U/L, glucosa 6 mg/dL, proteínas 4.3g/dL, adenosindeaminasa 56 U/l, deshidrogenasa láctica 2,010 U/L. TAC de tórax: en fase pulmonar con imagen de condensación apical izquierda, con cavernas y derrame pleural ipsilateral, sugerente de tuberculosis pulmonar.

CASO CLÍNICO N° 3: DISECCIÓN AÓRTICA:

ANTECEDENTES:

Paciente finlandés de 69 años sin antecedentes personales de interés, que acude trasladado en ambulancia tras resbalar en la ducha. Es atendido en el servicio de cuidados críticos por fuerte dolor en la región lumbar y los miembros inferiores. El paciente, que presenta barrera idiomática, no refiere traumatismo, aunque sí la realización de un movimiento brusco para evitar una caída, iniciándose un fuerte dolor en la región torácica que fue progresando hasta instaurarse en los miembros inferiores.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

En la exploración presentaba constantes, exploración abdominal y auscultación cardíaca y pulmonar dentro de la normalidad, destacando paresia de miembros inferiores con hipoestesia desde rodillas hacia pies y reflejos osteotendinosos alterados. No se palpaban pulsos pedios ni femorales, visualizándose hipoperfusión cutánea descendente desde la región umbilical.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

Se realizaron analítica de sangre, radiografía de tórax y TAC torácico con contraste intravenoso de urgencia, donde se objetivó DA toraco-abdominal desde el arco aórtico, afectándose la arteria subclavia izquierda y mesentérica superior, hasta la bifurcación de las ilíacas, donde se interrumpía bruscamente el contraste.

El paciente fue ingresado en la unidad de medicina intensiva, realizándose varios intentos fallidos por parte de radiología intervencionista para devolver el flujo sanguíneo hacia miembros inferiores. Falleció 48 horas después.

BIBLIOGRAFÍA:

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-diseccion-aortica-2-casos-presentacion-S1138359311004047>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000300008

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/999908/caso-clinico-tetralogia-de-fallot-extrema.pdf>