



CASOS CLÍNICOS

Nombre de la Alumna: *Ingrid Renata López Fino*

Nombre del tema: *Cardiopatías congénitas, pericarditis y disección aortica*

Parcial: *IV*

Nombre de la Materia: *Cardiología*

Nombre del profesora: *Dr. Darinel Navarro Pineda*

Nombre de la Licenciatura: *Medicina Humana*

Cuatrimestre-Semestre

CASO CLÍNICO 1: CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS, TETRALOGIA DE FALLOT

Masculino de 3 años, que es llevado por su madre a sala de urgencias, quien refiere que el niño presentó un episodio de cianosis central y periférica, disnea y taquipnea, refiere que el niño estaba comiendo de manera normal, al poco tiempo empieza a llorar y se empieza a sentir muy débil, como si se fuera a desmayar. Cuenta con antecedentes de 2 episodios similares a este en el año, los síntomas mejoran cuando el paciente se pone de cuclillas.

La madre refiere que el px inicio con el padecimiento desde su nacimiento, con cuadros de cianosis central y periférica, disnea y debilidad recurrentes. Anteriormente había sido llevado a consulta en la que se detectó soplo cardiaco en su primer año, pero que se dijo que era un soplo funcional y no se le dio mayor importancia.

A la exploración se encontró px con retraso en el desarrollo físico, menor peso para su edad, saturación de oxígeno al 72%, FR de 46 rpm, resto de signos vitales normales; cianosis peribucal y acrocianosis evidentes, sin acropaquia. A la auscultación se escucha un soplo sistólico eyectivo áspero de grado 3-5/6 en la parte media y superior del borde esternal izquierdo.

Las pruebas de laboratorio muestran hemoglobina de 17.3 g/dL y policitemia. El EKG revela desviación del eje QRS hacia la derecha, mientras que en la radiografía de tórax se aprecia levantamiento del ápex a expensas de crecimiento de cavidades derechas y disminución del calibre de la arteria pulmonar, dando una imagen de "corazón en forma de bota".

Se procedió a realizar un ecocardiograma, en el que se encontró hipoplasia del anillo pulmonar, estenosis pulmonar mixta de predominio valvular, comunicación interventricular subarterial de 6.7 x 8.8 mm, ventrículo derecho hipertrófico, rama derecha de la arteria pulmonar hipoplásica, cabalgamiento aórtico del 40% y FEVI de 73%.

Confirmando con esto último el diagnóstico de: Tetralogía de Fallot.

El paciente fue dado de alta, con indicación de seguimiento en la consulta externa para programación de cirugía correctiva.

CASO CLÍNICO 2: PERICARDITIS ÁGUDA

Masculino de 29 años; sin ninguna patología crónica diagnosticada, fumador de 2 cigarros al día y consume alcohol ocasionalmente. Acude a urgencias por dolor opresivo, con evolución de 1 semana aproximadamente, en zona precordial, en hemitórax izquierdo que irradia hacia cuello, este dolor aumenta con la inspiración y en decúbito supino y disminuye cuando el px está sentado y al inclinarse hacia delante. Además del dolor, refiere fatiga y sensación disneica. El px refiere que hace un mes tuvo una infección de las vías respiratorias de tipo viral.

A la exploración física, el hallazgo mas importante es un roce precordial sistólico. Presenta fiebre leve, taquipnea e inestabilidad hemodinámica (tensión arterial: 98/63 mmHg), mantiene buenas saturaciones de oxígeno. Además, edema en extremidades inferiores.

Se realiza un ECG en la que se presenta ritmo sinusal a 78 lpm. En la radiografía de tórax se objetiva gran cardiomegalia, no evidenciada en radiografías previas. Sin infiltrados. En analítica de sangre Hb 13,1g/dl, leucocitosis con desviación izquierda, reactantes de fase aguda ligeramente elevados (PCR:99 mg/L). Función renal, coagulación, enzimas cardiacas y NT-proBNT negativos. Se realiza ecocardiografía en donde no se demuestra derrame

Con lo anterior, se diagnostica pericarditis aguda.

CASO CLÍNICO 3: DISECCIÓN AÓRTICA

Masculino de 68 años, hipertenso diagnosticado hace diez años, sedentario y con malos hábitos alimenticios, alto consume en grasas y carbohidratos, consume alcohol de manera ocasional. Acude a urgencias por presentar de forma súbita dolor intenso en zona precordial de tipo opresivo, que describe como dolor “desgarrador”, posteriormente presento sincope. Como antecedente, su esposa refiere que hace 2 años sufrió un IAM.

Exploración física: En la exploración física destacaba: frialdad de partes acras y ausencia de pulso pedio derecho. TA 200/98, SO2 97%, auscultación cardiaca rítmica, sin soplos ni extratonos, auscultación pulmonar con disminución global del murmullo vesicular y roncus dispersos.

La analítica hematológica, enzimas cardíacos y electrocardiograma practicados no evidenciaron causa del dolor torácico. La radiología de tórax objetivó una silueta cardiaca y aórticas aumentadas. La tomografía axial computarizada (TAC) de tórax demostró disección del cayado aórtico (tipo A). El paciente presentó inestabilidad hemodinámica siendo éxitus a las pocas horas del ingreso.

Con lo anterior, confirmándose el diagnostico de disección aortica.

Referencias:

1. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v3n3/paciente3.pdf>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000181.htm>
3. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-cardiovasculares/miocarditis-y-pericarditis/pericarditis>
4. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-congresos-11-as-jornadas-nacionales-cardiovasculares-semergen-124-sesion-casos-clinicos--6314-comunicacion-cuando-se-complica-una-pericarditis-76313>
5. <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cardiovasculares-cong%C3%A9nitas/tetralog%C3%ADa-de-fallot>
6. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000600004