

MEDICINA HUMANA.

CAMPUS SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS.

MATERIA: CARDIOLOGIA.

**TRABAJO: CASOS CLINICOS (ENDOCARDITIS INFECCIOSA –
VALVULOPATIA.)**

DOCENTE:

DR. DARINEL NAVARRO

ALUMNA:

NOHEMI JUDITH ESCOBAR RAMOS.

SEMESTRE: 5° PARCIAL: 3°

San Cristóbal de las Casas Chiapas a 12 de noviembre del 2023.

Caso Clínico - Estenosis Aórtica.

Descripción caso clínico.

Paciente HO masculino de 73 años de edad, quien consultó por dolor torácico y disnea.

Enfermedad Actual: cuadro de hace tres meses con disnea progresiva hasta clase funcional III – IV acompañado de palpitaciones, dolor torácico, niega síncope.

- Antecedentes: fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.
- Examen físico: PA: 120/80, FC: 90 l/min.

Cuello: ingurgitación yugular.

- Tórax: pulmones, murmullo vesicular bilateral.
- Corazón: punto de máximo impulso desplazado, ruidos arrítmicos por fibrilación auricular, soplo sistólico IV/VI en diamante irradiado a cuello, componente aórtico del segundo ruido disminuido.
- Abdomen: normal
- Extremidades: edema de miembros inferiores.
- ECG: fibrilación auricular, crecimiento ventricular y sobrecarga sistólica.
- Radiografía de tórax: cardiomegalia

ECOGRAFIA:

Fracción de eyección: 10%, por método de Simpson con hipoquinesia global de las paredes. Estenosis aórtica, con severa calcificación, gradiente pico: 102 mmHg, gradiente medio: 41 mmHg, área indexada: 0.32 cm²/m² SC, Presión sistólica de la arteria pulmonar: 30 mmHg.

Cateterismo sin lesiones obstructivas de las arterias epicárdicas.

- Riesgo quirúrgico por STS de mortalidad del 2.1%.

Caso clínico – endocarditis infecciosa.

Descripción caso clínico.

Paciente hombre de 52 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de 7 años de evolución con retinopatía diabética de grado III, hipertensión arterial, dislipemia, ex-fumador y con ERC multifactorial ya conocida previamente, que requirió inicio de tratamiento sustitutivo con HD desde abril de 2008 en otro centro, empleando como acceso vascular un CVC tunelizado yugular derecho. Tras la cateterización y el inicio de HD, el paciente presentó un cuadro febril con bacteriemia y cultivo positivo a SAMR, iniciándose tratamiento antibiótico con vancomicina. Después de tres sesiones de HD por motivos sociales es trasladado a nuestro sector sanitario. Al mes de iniciar tratamiento sustitutivo con HD, 48 horas después de la última sesión, ingresa procedente de urgencias presentando un cuadro de 3 días de evolución de fiebre, diarrea y vómitos. En la exploración física pudieron objetivarse: temperatura de 39 °C, leve disminución del estado de conciencia, taquicardia sinusal, sin ningún otro hallazgo. En la analítica realizada destaca Hb 12,9; Hto 38,7; leucocitos 16.400 (N = 86%); urea 173 mg/dl; Cr 9,5 mg/dl; Na 131 mEq/l; potasio 6,05 mEq/l; Cl— 96,6; gasometría venosa con pH: 7,35; pO₂ : 35,4; pCO₂ 33; SatO₂ 64,9; CO₃H— 18,1. Radiografía de tórax normal. El paciente fue ingresado. Se extrajeron muestras para urocultivo y hemocultivo, iniciándose en ese momento antibioterapia de forma empírica con ciprofloxacino por sospecha de gastroenteritis y por la severidad del cuadro, no descartando en ese momento una reinfección del CVC. A los 4 días del ingreso los hemocultivos informaron de la presencia de SA (vancomicina S 2). Tras 48 horas se reimplantó un nuevo CVC temporal en la vena yugular izquierda para realizar la sesión de HD. Los coprocultivos fueron negativos, incluido *Clostridium difficile*.

A los 5 días de tratamiento con vancomicina, el paciente persistía febril, asociándose la aparición de dolor torácico de características mecánicas, y evidenciándose a la auscultación un soplo pansistólico de grados III/IV en foco mitral

que no existía en el momento de su ingreso. Ante la sospecha de EB se solicitó ecocardiograma transtorácico (TT) que informó de la presencia de imágenes en catéter de aurícula derecha procedente de vena cava superior con aspecto desflecado (trombos frente a vegetaciones) con FEVI del 49%. A las 72 horas se realizó un ecocardiograma transesofágico (TE) encontrando un ventrículo izquierdo dilatado con significativa disfunción sistólica, FEVI del 27%. Septo con movimiento paradójico, gran masa vegetante polilobulada y móvil adherida al septo en de la desembocadura de la vena cava superior que afecta al catéter (18 x 23 mm).

El diagnóstico realizado fue de EB sobre válvula tricúspide.

