



Mi Universidad

Judith Anahí Díaz Gómez

Casos Clínicos

Unidad 4

Cardiología

Dr. Darinel Navarro Pineda

Medicina Humana

5° Semestre

San Cristóbal de las Casas Chiapas,

A 07 de Diciembre del 2023.

CASO CLINICO

CARDIOPATIAS CONGENITAS

Un lactante de tres meses de edad fue llevado a la consulta de su pediatra de Atención Primaria, pues la madre refería que en los últimos días se cansaba y sudaba mucho coincidiendo. El embarazo, el parto y el periodo neonatal habían sido normales, y no presentaba antecedentes médico-quirúrgicos personales ni familiares de interés. En la exploración física, el pediatra constató taquipnea con leve tiraje subcostal, saturación de oxígeno del 98% y un soplo pansistólico grado 3/6 audible en múltiples focos, con máxima intensidad a nivel del tercer-cuarto espacio intercostal izquierdo.

Tras realizar un electrocardiograma (EKG), derivó al lactante a Urgencias del hospital, dada su sospecha diagnóstica.

El pediatra remitió con muy buen criterio al paciente de forma urgente, pues sospechó una cardiopatía congénita con cortocircuito izquierda-derecha y repercusión hemodinámica. Tal presunción fue confirmada al diagnosticarse en el hospital mediante ecocardiografía una comunicación interventricular muscular amplia.

CASO CLINICO

PERICARDITIS

Paciente femenina de 32 años, ingresada en el Servicio de Cardiología, con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva para tratamiento. Refería la historia de disnea a los pequeños esfuerzos, edema de miembros inferiores y astenia hace tres meses. Rechazaba comorbilidades cardiovasculares, pero con una historia de artralgia inespecífica en la adolescencia y tres abortos entre 20 y 30 años de edad. La paciente estaba demacrada, con auscultación pulmonar normal y las extremidades bien perfundidas. En la evaluación cardíaca, se hallaba con FC = 98 lpm, PA = 100 x 70 mmHg con un ritmo cardíaco regular y un ruido diastólico mitral, definido como un ruido protodiastólico (“knock” pericárdico).

Se le realizó un Electrocardiograma con ritmo sinusal taquicárdico, sin otras alteraciones. Traía rayos X de tórax con área cardíaca normal y calcificación por todo el pericardio, que ha permitido llevar a cabo el diagnóstico de pericarditis constrictiva. La ecocardiografía transtorácica (ECOTT) realizado para confirmar el diagnóstico mostró una imagen de una gran masa comprimiendo las cavidades derechas, con hiperrefringencia en la pared, lo que limita el flujo de entrada del atrio, sin ventrículo derecho, sin definir si era intra o extracardíaca.

Se llevó a cabo en la secuencia, la TC de tórax, que reveló intensa calcificación del pericardio y posible masa que comprimía el ventrículo derecho e invadía el tabique interventricular. Aunque la imagen del pericardio sugiriese el diagnóstico de pericarditis constrictiva, esta infiltración del tabique ha suscitado dudas si habrá otras enfermedades asociadas. Con estos resultados, se indicó pericardiectomía y la exploración de la masa cardíaca. Durante la cirugía, se encontraron grandes cantidades de calcio en el pericardio, la mayoría localizada en las cámaras derechas, que comprimía el ventrículo derecho y el tabique interventricular. Sin embargo, la pericardiectomía se limitó de la resección del pericardio hasta el nivel del nervio frénico, bilateralmente.

CASO CLINICO

DISECCION AORTICA

Paciente masculino de 65 años, fumador de 40 paquetes-año, con antecedentes de hipertensión arterial, síndrome de Apnea-Hipopnea del sueño grave e hipertrofia prostática benigna. Acude al servicio de Urgencias por notar de forma repentina, y mientras se encontraba en reposo, dolor en región precordial y epigastrio que refiere como opresivo, sin cortejo vegetativo y que se irradia hacia la espalda cuando está tumbado, mejorando con la sedestación.

Exploración física: TA 200/98, SO₂ 97%, auscultación cardiaca rítmica, sin soplos ni extratonos, auscultación pulmonar con disminución global del murmullo vesicular y roncus dispersos, abdomen doloroso a la palpación en epigastrio, no masas ni megalias, no peritonismo, y sin signos de focalidad neurológica.

Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica dentro de parámetros normales, EKG con ritmo sinusal a 50 lpm y sin alteraciones agudas de la repolarización. Ante los resultados y mejoría del paciente tras la administración de analgésicos, se decide su alta hospitalaria. A las 24 horas el paciente presenta de nuevo dolor de similares características, destacando a la exploración marcada palidez cutáneo-mucosa, sudoración e hipotensión (TA 90/50). Se deriva nuevamente al nivel hospitalario, donde se le practica analítica en la que destacan: hemoglobina 9,6 mg/dl, leucocitos 19000, plaquetas 85000 y creatinina 2,2. EKG: ritmo sinusal, sin cambios respecto al del día previo.

En los resultados se muestran los hallazgos de la Rx tórax, ante los cuales se decide realizar TAC tóracoabdominopélvico, donde se diagnostica una disección aórtica aguda tipo B de Stanford / III de De Bakey. El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante colocación de endoprótesis aórtica y posterior drenaje de hemotórax con evolución favorable siguiendo actualmente controles periódicos.