



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**CASO CLINICO**

**Alumna: DOLORES HORTENCIA DOMINGUEZ LOPEZ**

**Nombre de la materia: CARDIOLOGIA**

**Tema:**

**CASO CLINICO**

- ENDOCARDITIS CONGENITA
- PERICARDITIS
- DISECCION AORTICA

**CATEDRATICO: DR. DARINEL NAVARRO PINEDA**

**MEDICINA HUMANA**

**5- SEMESTRE**

## **CARDIOPATIA CONGENITA**

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, el 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 sistó-diastólico 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 pediátrico de Tuxtla Gutierrez.

Se realizó una radiografía de tórax (Imagen 1) 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 (Imagen 3), 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 cardiaca 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 cardiorácica 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.

El diagnóstico oportuno es la base para un tratamiento adecuado. una exanimación física normal al nacimiento, no excluye malformaciones cardiacas críticas

## PERICARDITIS

Adolescente varón de 14 años que acude a su pediatra sin cita previa por dolor torácico en el hemitórax anterior izquierdo irradiado al cuello. El dolor comenzó el día anterior, empezó siendo de carácter leve y ha ido a más, y el paciente ha observado que las molestias empeoran en decúbito y con la respiración profunda, y mejoran cuando se sienta e inclina el tronco hacia delante. Niega fiebre u otra sintomatología, y carece de antecedentes médico-quirúrgicos de interés. La exploración física es completamente normal; no obstante, el pediatra realiza un electrocardiograma (ECG) y decide, ante los hallazgos de la prueba, derivar al paciente al hospital. Antes de continuar leyendo, observad atentamente el ECG.

El ECG muestra un ritmo sinusal a 100 latidos por minuto. No hay anomalías en la onda P ni en el segmento PR, y el complejo QRS presenta un eje dentro del cuadrante inferior izquierdo (entre 0 y +90°, al ser positivo en I y aVF) sin alteraciones morfológicas. Hasta el momento no hemos detectado ningún dato fuera de lo normal. Al analizar la repolarización, observamos un intervalo QTc de duración normal, si bien llama la atención la presencia de ondas T negativas en las derivaciones V3-V6. Observamos un marcado descenso del segmento ST en V4 y algo menor en V5, sin ondas Q patológicas ni signos de hipertrofia ventricular. Ante la clínica del paciente y los hallazgos electrocardiográficos, el pediatra diagnostica una pericarditis aguda y remite, con muy buen criterio, al paciente al hospital

## **DISECCION AORTICA**

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.

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.

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 TAC toraco-abdominal donde puede apreciarse la afectación aórtica y la interrupción del aporte de contraste a ambas ilíacas

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.