

Casos clínicos “Valvulopatías” Curso Cuarto Año

CASO 1

Religiosa, de 73 años, sin antecedentes mórbidos, salvo “bronquitis” invernales, que atribuye al frío del Convento. Consulta en Julio del año 2011 por disnea progresiva de 2 días de evolución. Hace unos 7 días antes del ingreso cursa con cuadro de tos seca, coriza y sensación febril. Hace dos días se agrega disnea progresiva y ruidos (silbidos) bronquiales que son progresivos. Hoy amanece con disnea de reposo, que motiva la consulta en Servicio de Urgencia.

Interrogada dirigidamente no relata disnea para su vida habitual. Sin antecedentes de HTA ni DM.

Examen de ingreso:

Adelgazada, disnea y ortopnea de reposo. Ligera cianosis distal.

PA 95/70 FC 166 x min Yugul +

Pulm sibilancias difusas ++ y ruidos finos bilaterales ++

Corazón: sin cardiomegalia. Auscultación dificultada por taquicardia y ruidos bronquiales.

Abdomen: blando, ligera sensibilidad en HD. Hígado 2 cms bajo el reborde.

Edema: no

Cual es su primera sospecha diagnóstica?

- Insuf respiratoria crónica reagudizada
- Insuf Cardíaca por Fibrilación Auricular rápida
- Infarto cardíaco reciente
- Neumopatía aguda

Qué medidas iniciales parecen prioritarias?

- Oxígeno
- Digitálicos
- B-Bloqueadores
- Diuréticos
- Amiodarona e.v.
- Antibióticos

Que examen le ofrece mejor rendimiento costo/beneficio para su diagnóstico inicial?

- RxTx
- ECG
- Espirometria
- TAC de torax
- ECOCARDIOGRAMA

CASO 2

Hombre de 78 años, activo, sin limitación de su capacidad física. (Kiosco de Diarios y Revistas) Se controla en su consultorio por DM con Dieta y Metformina 850 x2. No relata episodios de disnea, dolor al pecho, ni palpitations ni síncope.

Ingresa por síndrome febril de tres días de evolución, acompañado de disuria, poliaquiuria y orinas turbias. Desde varios meses nota cierta dificultad para iniciar la micción, por lo que no había consultado.

Examen físico: Buenas condiciones para la edad, ligero sobrepeso, febril, PA 145/75 FC 80 x min reg Pulm MP normal COR Choque de la punta en 5º e.i.i., SS eyección III irradiado al cuello. Abdomen BD, sensible en hipogastrio. No se palpan visceras. Extremidades sin edema, pulsos periféricos (+)

Ingresa con diag de Infección Urinaria; DM II; Probable Uropatía obstructiva.

Los exámenes de ingreso muestran:

- Glicemia 186 mg%; Hb Clic 7,2% BUN 32; COL 188 Trig 176
- HEM GR 4,8 mill HB 13,2 Hto 42 Leuc 12.500 PCR 7,5 VHS 63
- Orina: Piuria +++ GR ++
- Se inicia Tratam ATB.

¿Cómo interpreta o continúa evaluación del soplo?

CASO 3

Hombre de 43 años, sano, hace unos 2 meses inicia episodio febril, caracterizado por decaimiento, temperatura de hasta 38º, mialgias, sin tos ni otro síntoma de localización. Como la fiebre persistiera por 7 días, en el consultorio le indicaron Amoxicilina, con lo que se sintió mejor, volviendo a su trabajo como chofer de taxi colectivo.

Hace 15 días reaparece la fiebre y el malestar, consultando nuevamente por molestias similares y recibiendo otro ATB (Ciprofloxacino), con poco efecto. Hace 3 días es visto por un médico más joven, quien le pide unos exámenes de sangre y orina y le dice que se tiene que hospitalizar porque los exámenes salieron malos.

¿Qué hallazgos en exámenes generales pueden servir para una aproximación diagnóstica en un paciente con estas características?

- Hemograma
- Perfil Bioquímico
- Creatinina
- Orina Completa
- Electrocardiograma
- RxTx

¿Qué hallazgos del examen físico nos pueden ayudar a plantear el diagnóstico de Endocarditis Infecciosa?