

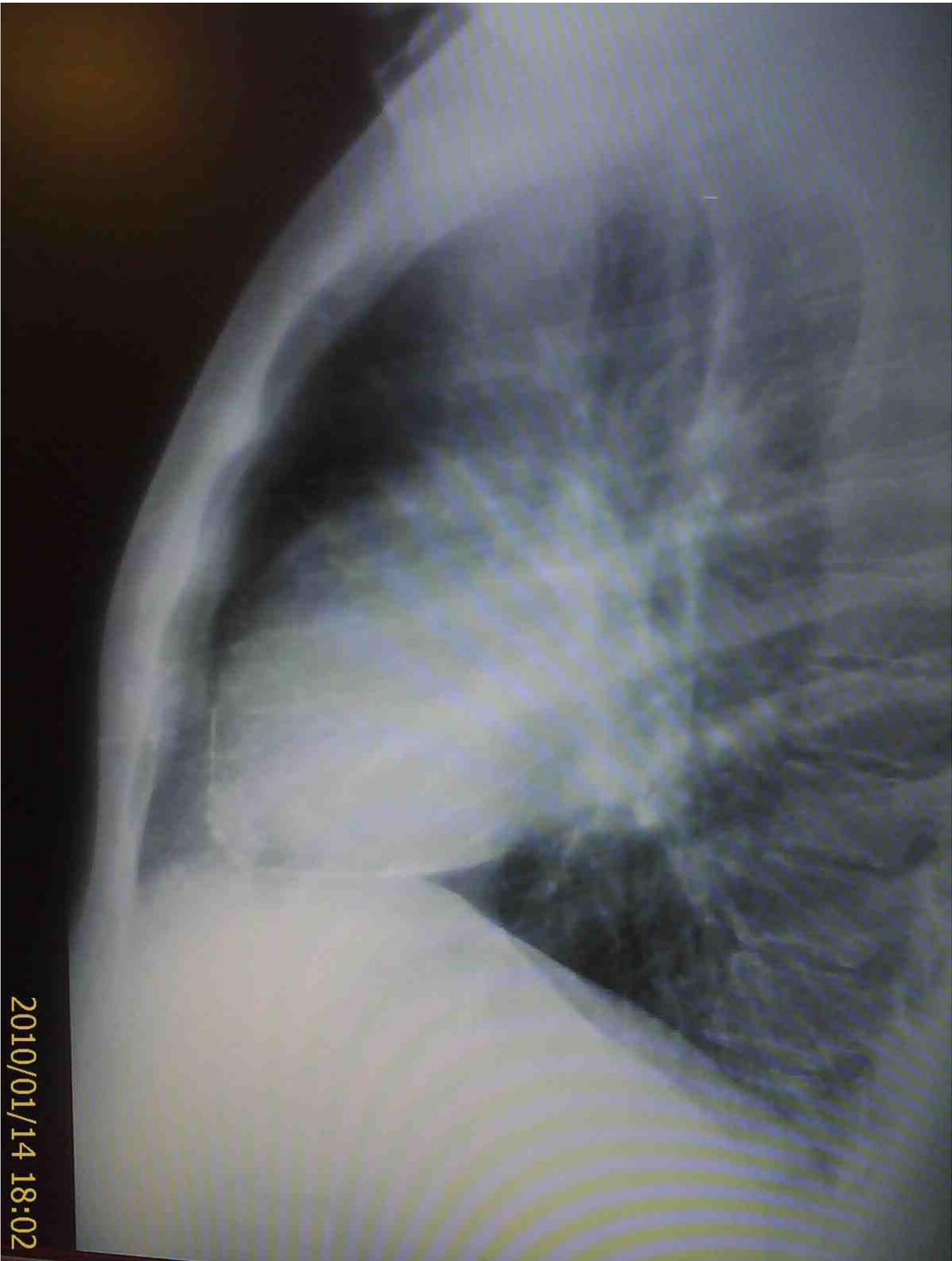
Paciente de 22 años con Edema agudo de pulmón

Dr. Simón Pero

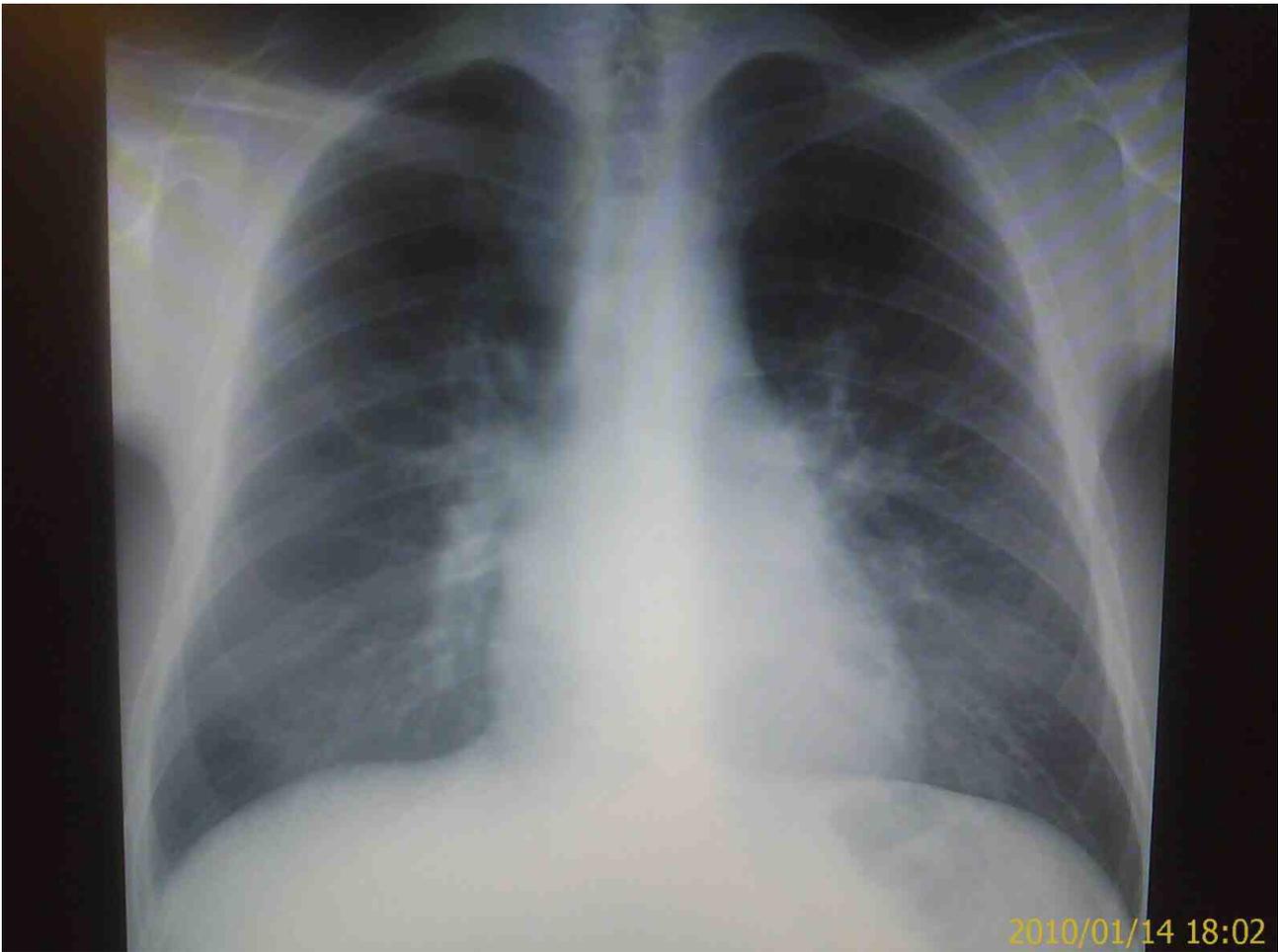
Perdón primero por la desprolijidad de las fotos; estoy en la UCO.

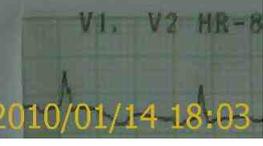
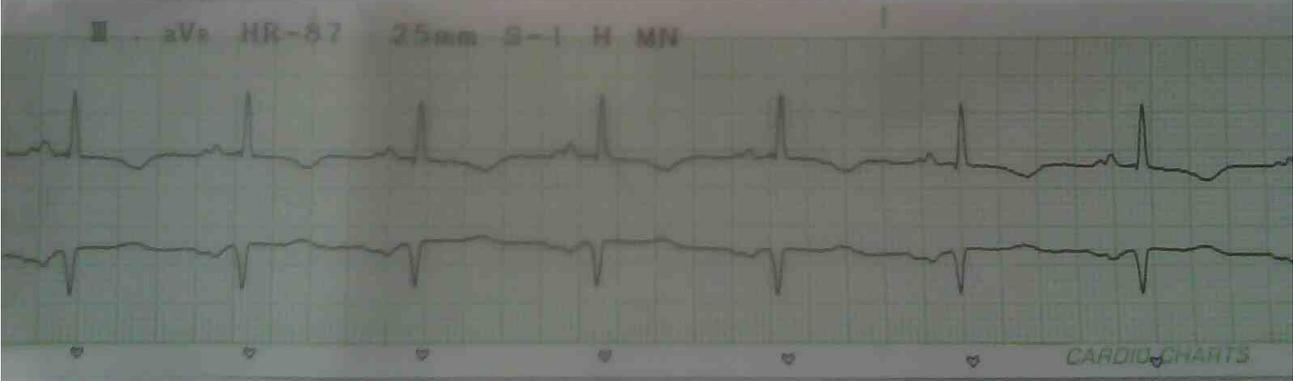
Este paciente de 22 años desde el 2006 tiene disnea que progresa en los últimos días hasta un EAP. Tratado por su cardiólogo con AAS y a veces indometacina por dolor precordial hace un año. Antecedentes de haber trabajado en un criadero de aves, una carbonería y un aserradero de donde lo despidieron sin decirle por qué luego de un pre-ocupacional para blanquearlo. (declararlo como empleado). tiene el ECG que mando en estos segmentos, esas Rx levantadas del servidor con mi teléfono y un eco que no pude copiar que descarta enfermedad mitral, hipertensión pulmonar y muestra disfunción leve del VD. Aurícula izquierda levemente aumentada con fibrosis de cara inferior (con calcio)

Simón Pero

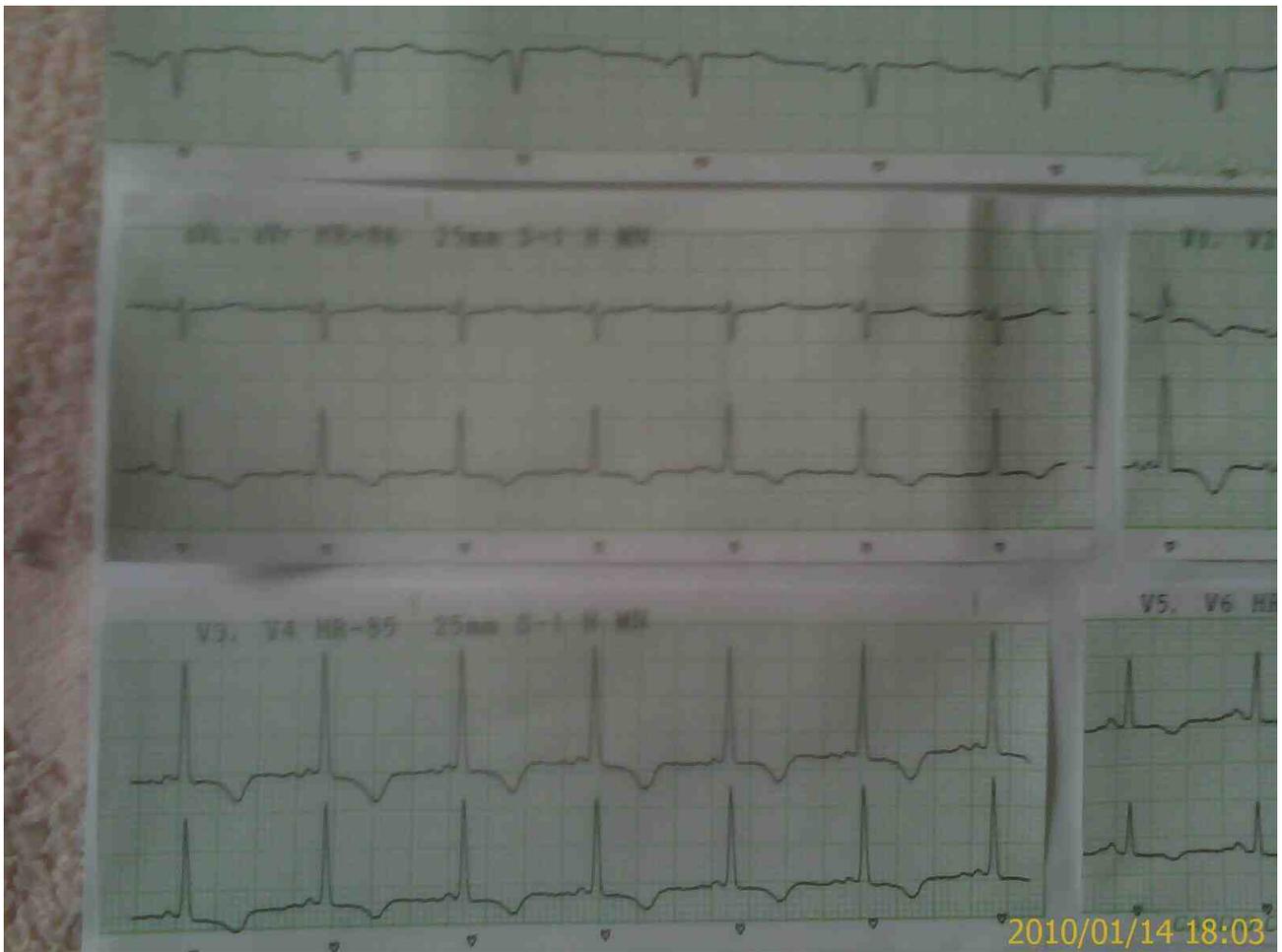


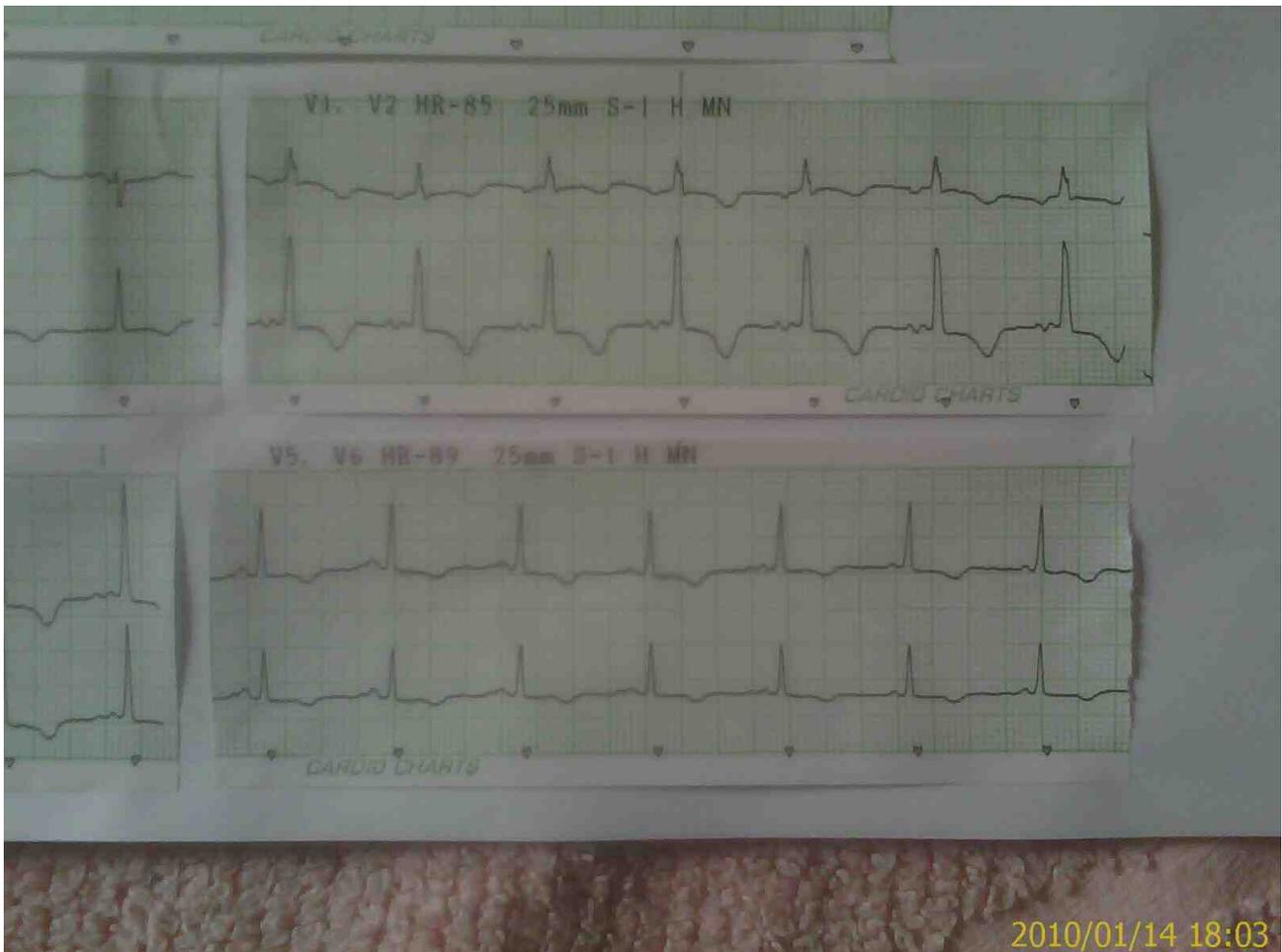
2010/01/14 18:02





2010/01/14 18:03





Estimado Simón

No sé que tiene tu paciente pero el caso parece fantástico!

Me parece que un buen Eco y posiblemente una MRI serian fundamentales, pero vamos por partes:

1. ¿Podrías darnos una anamnesis mas completa? ¿El desarrollo de disnea es gradual y progresivo? ¿O tuvo un episodio febril, y luego empezó con disnea progresiva? ¿el cuadro febril sucedió durante su estancia en el criadero de aves? ¿Qué aves había en el criadero, palomas, pollos, loros, algo que nos pueda orientar hacia el diagnóstico?

También contanos como respondió al tratamiento.

2. Si no hubo fiebre, ¿sus problemas empezaron en el aserradero? ¿Hay datos para pensar en silicosis, neumoconiosis?

3. ¿Hay antecedentes de TBC en la flia? ¿Puede ser esto una pericarditis constrictiva por TBC?

Me impresiona que el problema de tu paciente puede ser miocárdico-pericárdico, pero además descartaría una enfermedad sistémica o sistémico-pulmonar como inicio. No parece sarcoidosis (pero la ausencia de patología pulmonar no descarta compromiso miocárdico).

El ECG se ve borroso, pero se ve Ritmo sinusal, bloqueo interauricular ($P > 120$ mseg) y ondas R en V1 sugiriendo compromiso de cavidades derechas, posiblemente secundarias a pericardio-miopatia.

¡Ojalá nos puedas dar mas datos antes de irte de vacaciones!

Que las disfrutes!!!

Abrazo
Adrián Baranchuk

Observando fundamentalmente la placa de perfil y evaluando que el paciente es joven, tiene silueta cardíaca dentro de límites normales y EAP a repetición quisiera evaluar un ecocardiograma doppler para descartar una pericarditis constrictiva debido a que en el perfil de la Rx se observa una línea radioopaca que puede indicar calcificación del pericardio.

Ignacio Retamal

Lo conozco por interconsulta del servicio de clínica médica por EAP, que aparentemente revirtió con furosemida y O2 ya en un hospital de menor complejidad y llegó casi estable ayer a las 21. (yo ya no estaba por aquí). Cuenta que trabajó en el criadero de pollos luego en el aserradero y cuando lo iban a poner en blanco lo echan por el preocupacional. Como pintan sus trabajos estaba casi asintomático con muy escasa limitación, sobre todo datos de la flia y la pareja ya que el es muy parco.

Recién un año atrás empieza con mas dolor (cuenta que lo asaltaron y lo patearon en el pecho y le atribuye el dolor a eso pero siendo incisivo te dice que el dolor viene desde lo del aserradero y se agravó con los golpes. Luego trabajó en la carbonería y la verdad cargaba bastante peso, y hace 6 meses reparte galletitas con una camioneta. Llegó a la casa ayer a la tarde, se sentó y a la media hora comenzó a toser y luego lo típico del EAP hasta lavado de carne.

Inicialmente pensé en una estenosis mitral. porque años atrás había hecho fiebre de origen desconocido con ATB también desconocidos pero el eco descarta la EM y me muestra una alteración del llenado con onda E de 1.25 la a pequeña, disfunción leve del VD un poco de IT que me deja ver que NO tiene Hipertensión pulmonar (ojo: no se lo hice yo sino que busqué un experto) ya le pedí una PPD pensando en una pericarditis constrictiva por la placa. Y la RMN esta en camino (al ritmo de la O Social) Está con una cava de 2,5 cm y hepatomegalia tratado con furosemida y espirolactona.

Lamentablemente se va a aclarar para la otra semana seguro (yo me voy de vacaciones y a ser padre así que sólo voy a preguntar por teléfono pero en cuanto vuelva les cuento) si tengo más datos los posteo cuando sean seguros porque no van a ser míos.

¿Del ECG qué opinan?, tengo miedo que haga FA (por la morfología de la onda P) y eso fuera la causa del EAP

Simón Pero

Puede tratarse de una pericarditis constrictiva: en la radiografía de perfil se observa claramente una cáscara cálcica rodeando los ventrículos.

La ecografía (referida) con calcificaciones en pared posterior.

La pericarditis constrictiva puede explicar el ECG.

Completaría el estudio con una ecografía completa (función diastólica/Doppler tisular, etc) lo que nos permite en la mayoría de los casos aclarar el diagnóstico.

Si hay necesidad RNM, hemodinamia.

¿Etiología ?

Un abrazo a los miembros del foro

Bernardo KAISER

Querido amigo Simón Pero: no lo lleve a mal, mas usted no dice ni una palabra del examen físico del paciente.

Relata algo de la anamnesis y pasa directamente a los hallazgos del eco, RNM y otras yerbas.

No es bueno, ni para usted ni para nadie, omitir un paso fundamental: examen físico y mas en un joven aparentemente valvular.

¿Como era el examen físico ectoscópico de este paciente?

¿Donde palpó el ictus?

¿Cuáles eran las características del mismo?.

¿Con cuántos dedos lo podía cubrir?

¿Como eran los ruidos?

¿Había soplos?

¿Cómo era el segundo ruido?

Usted menciona hepatomegalia. ¿Donde palpaba el hígado? ¿A cuántos centímetros del reborde costal?. ¿Era doloroso?

¿Tenia edemas?

¿Ingurgitación yugular?

¿Y los pulsos?

En fin le ruego que sea mínimamente más minucioso para que podamos todos hacer un raciocinio adecuado y mayor provecho.

Si así no procedemos vamos a ocasionar vicios irreparables a los jóvenes.

Un abrazo afectuoso y a la espera de sus esclarecimientos.

Andres R. Pérez Riera.

Sí, la idea era que con el ECG y la placa arriesguen el diagnóstico. y pregunten lo que necesitan; sino se imagina que por cada paciente hay que hacer una HC y poner 3 o 4 hojas de oficio.

Respecto al EF. No se notaba latido a la palpación choque desplazado discretamente sin alteraciones en la extensión; no se palpaba knock. inicialmente creía escuchar un chasquido de apertura muy cerca del R2 pero me convencí luego que era un R3, ya estaba viciado por la idea que tenia para hacer un EAP una EM. Y eso es lo lindo uno si no se fija compra un problema valvular y se equivoca de acá a la China. Por como me pregunta veo que casi todos seguimos el mismo orden en el examen físico.

Llamativamente no había soplos (para pensar en valvular) Las yugulares tenían colapso y no Kussmaul; no tenía pulso paradójico, La hepatomegalia era indolora, se percutía más arriba de lo normal y se palpaba un reborde fino, no romo. Tampoco tenía edemas pero lo habían tratado ya con 40 mg de furosemida EV y estaba marcadamente mejor. Esta patología es rara, encima ya varios la sacaron con la placa. Soy mucho mas joven que Ud. pero no desperdicio la semiología ni el interrogatorio, pasa que como verá se hace largo escribir todo de los pacientes, Espero le sirva lo relatado para definir al paciente.

Simón Pero

Estimado Simón:

La placa de perfil que aportás en el caso impresiona corresponder a una pericarditis constrictiva. El antecedente de haber sido medicado con indometacina ¿por pericarditis a repetición?. Habría que valorar un TAC serologías -reumáticas, TBC, función renal, etc- descartar antecedentes de irradiación, traumas, que alguna de las pericarditis haya sido bacteriana, leucemia. El eco poco podrá aportar en el diagnóstico, solo la relación v el E / A con variaciones respiratorias del 25 % (la elevación inspiratoria del flujo transtricuspidal se asocia con, o lo que es lo mismo su descenso del 25 % a nivel transmitral; pero no será diagnóstico aportará más hacia una etiología restrictiva).

Si continúa sintomático y se confirma la sospecha de pericarditis constrictiva tendrías que plantearle una solución quirúrgica, la pericardiectomía.

Un saludo y felices vacaciones

Diego Fernández

Estimados amigos del foro, La verdad hay cosas de este paciente que no me cierran todavía, muestra radiológicamente una pericarditis crónica calcificada, pero en la placa se ven los hilios pulmonares congestivos e HTVC, y en una pericarditis predominan los signos derechos mas que los izquierdos pues la rémora derecha enmascara y demora los signos y síntomas izquierdos, y este paciente debuta con signos de fallo de bomba izquierdo.

La otra cosa viendo el ECG que evidencia un agrandamiento franco de aurícula izquierda (fibrosis y calcificación de la misma invadida por el proceso pericárdico) con severo trastorno de conducción interauricular de 1° grado, lo que muestra dicho agrandamiento, como así también la sobrecarga o infiltración miocárdica del Ventrículo izquierdo.

Por lo relatado parecería que el proceso no sólo es una pericarditis sino una agresión miocárdica de las cavidades izquierdas puras.

Me gustaría saber clínicamente si había o no turgencia yugular, como eso era el pulso venoso del paciente y la presión venosa estimada por maniobras semiológicas, así como era el examen del precordio, choque de la punta en espejo o pericardial, Knock.

Bueno gracias y muy lindo caso

Dr. Marcelo Benassi

Hospital de Clinicas

Buenos Aires Argentina.

Estimado Simón: vos referís que estuvo tratado hace un tiempo por ¿fiebre de origen desconocido? ¿qué antibióticos? ¿persistió con fiebre luego de esto? Actualmente en la internación ¿tiene alguna variación de la curva térmica, tos expectoración?

Son pocos los datos que diste para analizarlo seriamente, pero aparte de lo que te mencionan los Dres en la RX se ve una imagen calcificada que podría corresponder al pericardio, e involucre no solo la cara inferior o diafragmática sino también la punta, lo extraño es no visualizarla en la Rx de frente, y correlacionandola con el doppler en el referis onda e pequeña, seria interesante poder evaluarla ya que probablemente sea por disfunción diastólica del ventrículo probablemente un patrón diastólico restrictivo (no se si te referías a uno o los dos) lo que claramente te explica porque entró en EAP. No creo halla sido por FA,

Lo que no entiendo es ¿por qué PPD? no es certeza para el diagnóstico de la Tuberculosis y más si esta ya no está activa. Y vos en el eco referís calcificación inferior, de la pared inferior o del pericardio inferior. Creo que con un buen eco y doppler cardíaco realizás el diagnóstico, con una simple TAC ves las calcificaciones y si es así llámalo al cirujano cardiovascular....va a resultar mas simple que esperar al resultado de la PPD.

Antes que esta pedile un HIV. El trabajo con aves seguramente serían pollos, lo cual me impresiona descarta las pneumoconiosis. Y gripe aviar ni creo se le parezca.

Y tu paciente responde a la furosemida por lo que impresiona una IC diastólica, por lo por vos expuesto el primer diagnóstico a descartar impresiona pericarditis tuberculosa.

Con tan pocos datos es difícil realizar un diagnóstico. Y el ECG solo tiene de interesante los trastornos de la repolarización, que bien podrían cerrar en cuadro de pericarditis. Por eso el médico le daba ASA e indometacina.
Saludos

Martín Ibarrola

Querido Pero, me deja feliz saber que valoriza el interrogatorio y el examen físico. Ha usado usted la percusión del hígado!. Felicitaciones!

Si usted le hizo un examen físico minucioso como ahora nos muestra me sorprende que haya omitido estos hechos. La idea de arriesgar el diagnóstico apenas con exámenes complementarios no es adecuada desde el punto de vista académico. "Esconder" detalles del examen físico no conduce a una mejor comprensión y aprovechamiento. Tenga certeza de esto.

No necesita 3 o 4 hojas apenas ser concreto. Con 3 o 4 renglones del examen físico como ahora lo ha hecho nos da subsidios muy valiosos

Parece que usted relaciona en forma directamente proporcional la edad del médico a la importancia que le da al examen físico e interrogatorio? ¿Usted parece saber mi edad? Al externar que es "mucho mas joven" no me parece que alguna vez conversáramos sobre este particular.

¿En la Universidad donde se recibió apenas los viejos insisten en el examen físico del paciente?

Eso señala una lamentable caída en la calidad de los medios académicos.

Yo tengo un hijo estudiante de Medicina en la Universidad de la Plata que emplea la semiología con gran maestría y me refuerza siempre que los maestros de él - por lo menos en esa institución - saben bien del valor del examen físico.

Abrazos

Andres R. Pérez Riera.

En la Rx de perfil se observa calcificación de pericardio, compatible con pericarditis constrictiva.

Mirta Perotti

Estimado Dr. Benasi la pericarditis constrictiva se comporta de manera diferente al taponamiento cardiaco, donde sí va a presentar los signos de falla aguda del llenado del VD con los signos y síntomas asociados.

En la pericarditis constrictiva, en ocasiones los síntomas son incidiosos y progresivos, similar a este paciente, mas si se trata de etiología tuberculosa, podría ser por traumatismo el derrame pericárdico y la calcificación, pero el paciente ya refería y estaba tratado previamente a esto.

El antecedente de fiebre de origen desconocido, tratamiento con antibióticos, en la placa no observo secuelas ni proceso pulmonar activo sugestivo de TBC si impresiona el mediastino aumentado de tamaño.

La calcificación como se ve impresiona más involucrar al pericardio de cavidades izquierdas (inferoposterior, apex y hasta casi la cara anterior).

Tiene un crecimiento auricular izquierdo lo sugiere a pensar en un proceso crónico con un aumento de la presión de fin de diástole del VI.

¿Algún factor precipitante de su EAP?

Propia progresión de la fibrosis y calcificación pericárdica, sobrecarga salina. Pérdida del ritmo sinusal y falla aguda VI (FA).

Si pierde la onda a o aumenta la presión de llenado VI, luego del episodio tiene un patrón restrictivo con una onda a pequeña, sin miocardiopatía. Lo que corrobora el diagnóstico de IC diastólica.

Dr Simon, lo reacio de su paciente lo entiendo claramente, si padeció o padece una TBC pueda estar asociado a HIV. ¿Llega a Ud por una emergencia no porque le preocupe su enfermedad?

Y en el preocupacional aunque no se debiera siempre le realizan HIV a los pacientes sin su consentimiento. Su paciente le oculta datos me impresiona, y el dato que le aporta acerca del golpe en el pecho, aunque no me parece menor, es una paradoja o trata el de justificar una patología que ya conoce con otro hecho vanal o realmente piensa que es el causante de su padecimiento?.

Reitero pidale un HIV.

Saludos

Martín Ibarrola

Estimado Simon

Ojalá este email ya lo encuentre disfrutando de sus merecidas vacaciones.

Quiero decirle que su caso es fantástico, gracias por traerlo al foro, y ojalá que siga colaborando y participando activamente del foro.

Concuerdo 100% con las críticas constructivas del Maestro Riera. La presentación de casos clínicos en el foro, no pretenden ser un "divertimento" donde hay que "arriesgar" un diagnóstico con mínimos datos. Esto puede hacer suponer al que está aprendiendo, que esta es la metodología apropiada para "acertar" un diagnóstico.

El pensamiento médico, y sobre todo en arritmias, comprende 2 importantes instancias:

1. El mecanismo deductivo
2. El reconocimiento de patrones

Es parte del "arte" médico, saber integrar ambas variables y cuando sopesar una con la otra.

Su caso plantea una patología de presentación infrecuente, con poco de arritmias, y mucho de cardiología y medicina interna: ¿Pericarditis constrictiva, TBC, neumoconiosis, silicosis, Fiebre Q, etc etc?

Sin adecuado examen físico e interrogatorio, con un ECG de baja calidad y el reporte de un Eco (sin imágenes), es poco lo que científicamente se puede hacer. Y concuerdo con el Potro, el concepto de 4 páginas de examen físico es arcaico, en las escuelas europeas y norteamericanas, se aboga por el "single page report", y así fui educado también en Argentina. La capacidad de síntesis, también es una virtud.

Espero acepte estas sugerencias, para beneficio de todos ya que su caso generó muchas opiniones y despertó el interés de la comunidad del foro.

Lo saludo cordialmente, deseándole unas vacaciones de primera,

Adrián Baranchuk

Si; lástima que de todas formas trabajo en equipo con mejores cardiólogos que yo. Lo sigue un grupo muy lindo y si se lo opera como creo, les prometo la anatomía Patológica.

Aún falta mucho para este paciente.

Con lo que tengo me planteo ¿por qué hizo EAP si por una PC sería esperable que tenga falla derecha casi sola?

¿Por qué hizo el EAP cuando ya estaba sentado descansando?

¿Habrá hecho una FA paroxística y lo puso as?, tóxicos no dan positivo así que por ese lado no sigo

Es como dijo un colega, un paciente muy inteligente un negador. Pero si no me miente y en esto creo que no lo hace. Mi idea es que tiene una PC que fue con el tiempo progresando por reiterados episodios, en el laboral no lo toman pero no le dan ningún dato práctica común ya que hay estudios que no se pueden hacer por ley pero los hacen (tengo que buscar la causa pero la PC se corrige con Tratamiento Quirúrgico, no importa la etiología, salvo que sea terminal que no es el caso) PPD en marcha y HIV negativo hay otros anticuerpos pedidos para LES que demoran se los paso cuando averigüe el lunes.

Simón Pero
