



ATENEO CLÍNICO

**Hospital Dr. Cosme Argerich.
Servicio de Cardiología**

Juan Pablo Lestard

26/03/2014

PACIENTE: P.J.

SEXO: masculino

EDAD: 37 años

Fecha de ingreso a UCO: 13/12/2013

Fecha de egreso: 18/12/2013

MOTIVO DE CONSULTA: dolor precordial

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que día 13/12 presenta dolor precordial de carácter opresivo, en reposo, de intensidad 4/10 que cede parcialmente con los cambios posturales, irradiándose hacia ambos hombros, de 12 horas de evolución.

Consulta a Guardia Externa de este hospital, constatándose paciente hemodinámicamente estable. Al examen físico se ausculta frote pericárdico y se realiza ECG que evidencia supradesnivel del ST en DI, AvI, DII y V2 a V6.

Se interpreta el cuadro como pericarditis decidiéndose su internación en UCO para tratamiento y control hemodinámico.

Factores de riesgo Cardiovascular:

Tabaquismo: 15 paquetes/año

Antecedentes de enfermedad actual:

Cuadro de vía aérea superior, de una semana de evolución.

Medicación Habitual

No refiere

EXAMEN FISICO INGRESO A UCO

TA: 125/75mmHg	FC: 110 lpm	FR: 20 rpm	T: 36°	Sat: 100%
-----------------------	--------------------	-------------------	---------------	------------------

Aparato cardiovascular: R1 y R2 en cuatro focos, no se auscultan soplos ni frote. Adecuada perfusión periférica, sin IY. Choque de punta en 4° EIC LMC. Pulsos periféricos presentes, regulares, simétricos.

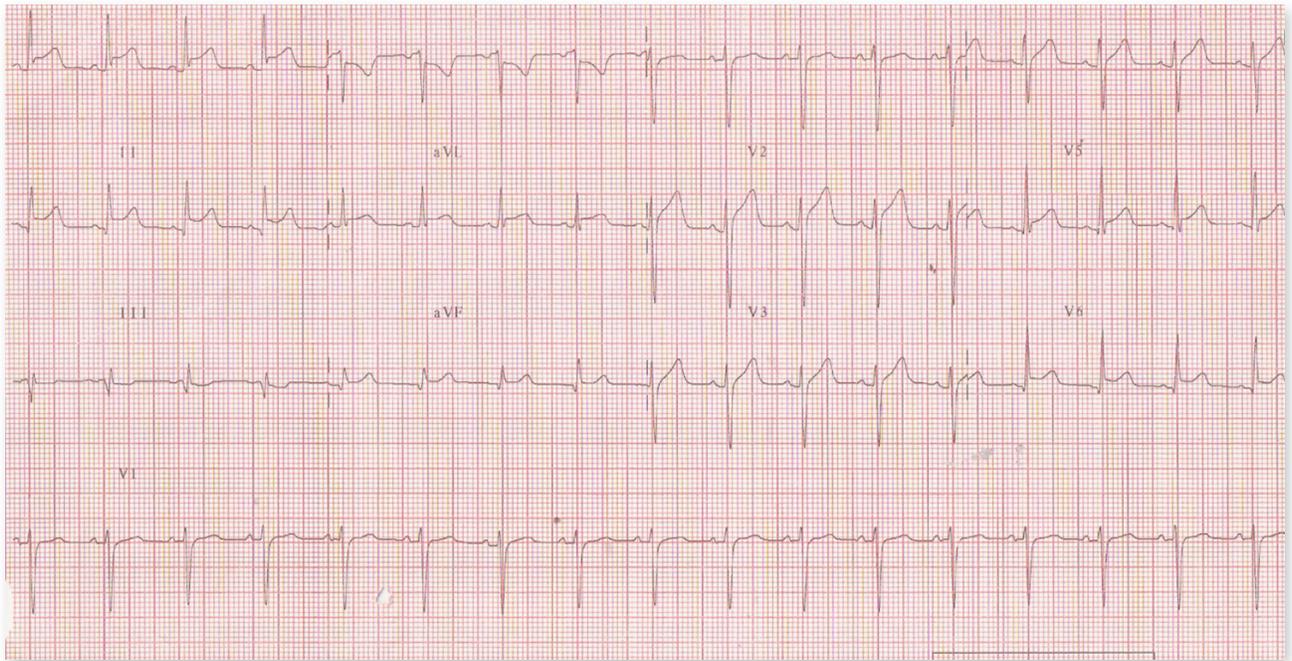
Aparato respiratorio: paciente con BMV con buena entrada de aire bilateral.

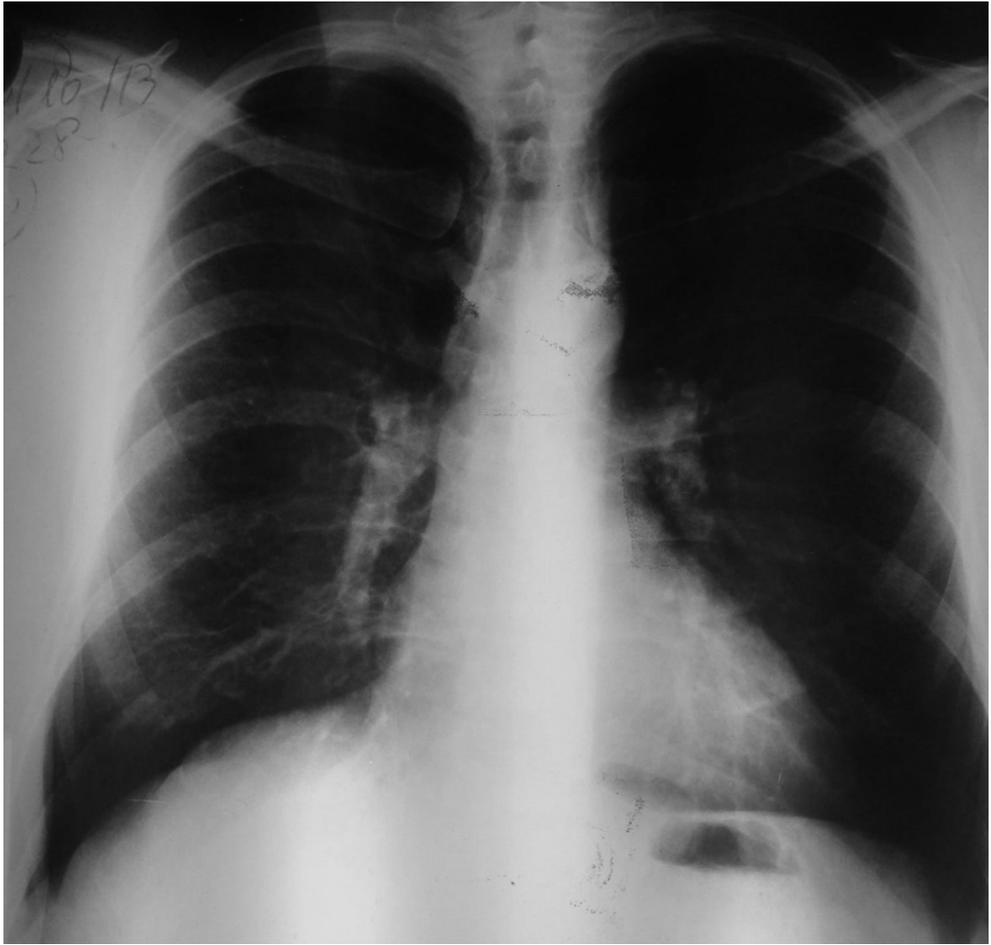
Abdomen: blando, depresible, indoloro. Sin visceromegalias, ruidos hidroaéreos presentes.

Neurológico: lúcido, sin foco motor, ni sensitivo.

Piel y TCS: sin edemas periféricos. Múltiples tatuajes

ECG y Rx de tórax de ingreso a UCO





EVOLUCIÓN – UCO (13/12 – 15/12)

Paciente que ingresa hemodinámicamente estable, con persistencia del dolor precordial, intensidad 4/10. Se inicia tratamiento con aspirina 100 mg/kg/día con buena tolerancia y mejoría de los síntomas

Se recibe primer juego enzimático con resultados positivos. (CPK=585/89), interpretándose el cuadro como miopericarditis.

Se realiza Ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA 13/12/14

DDVI: 58	DSVI: 38	FAC: 35%	SVI: 7	PP: 8	AI: 35	Ao: 34
----------	----------	----------	--------	-------	--------	--------

VI no dilatado con función conservada Fey 58%

No se observan alteraciones segmentarias

Se observa deformación sistólica -10% más notoria en la región anterior y lateral del VI y doppler tisular con Onda S de 6 cm/seg.

AI no dilatada

TAPSE 20mm

Válvulas normales

No se observa derrame pericárdico

EVOLUCIÓN EN UCO – Sala (15/12 – 18/12)

Paciente que evoluciona hemodinámicamente estable, afebril, asintomático para angor y equivalentes.

Se decide su pase a sala de Cardiología el 17/12. Se solicita nuevo ecocardiograma control.

El día 18/12 se decide el alta hospitalaria.

ECOCARDIOGRAMA 17/12/13

DDVI: 54	DSVI: 33	FAC: 40%	SVI: 7	PP: 9	AI: 37	Ao: 32
----------	----------	----------	--------	-------	--------	--------

VI no dilatado con grosor normal Fey 66%

No se observan alteraciones segmentarias

Mejoría en lo deformación pico sistólica de -13,9%.

Doppler tisular con onda S promedio de 6cm/seg.

Válvulas normales.

No se observa derrame pericárdico

MEDICACIÓN AL ALTA

Aspirina 100mg/día
Ranitidina 150mg/día

LABORATORIO

	13/12	14/12	16/12	18/12	
HCTO	48	48	47	47	
GB	13800	10600	8500	8200	
PLAQUETAS	198000	224000	272000	255000	
GLUCOSA	79	105	91	88	
UREA	20	19	32	34	
CREATININA	0,79	0,73	0,83	0,8	
Na	139	138	136	136	
K	3,9	4,1	4,8	4,5	
Cl	99	98	94	96	
Ca	1,1				
CPK/CPKmb	585/39	309/30	148/29		
troponina	50-100	50-100			
TP/KPTT	84/27	87/28			

