



# ATENEO CLÍNICO

Hospital Dr. Cosme Argerich

10/05/11

# CASO CLÍNICO

- **Paciente RD**      **Sexo: masculino**      **Edad: 19 años**
- **Fecha de ingreso: 12/04/11**      **Fecha de Egreso: 29/04/11**
- Motivo de Ingreso: Dolor Precordial y disnea CF IV
- Enfermedad actual:

Paciente que consulta el día 30/03 a guardia de Hospital Santa Marina por disnea progresiva en CF IV de 2 semanas de evolución y dolor precordial opresivo, de intensidad 6/10, sin irradiación, que se exagera con la inspiración profunda y cede con posición mahometana. Se interpreta como probable NAC por lo que se indica tratamiento antibiótico. Por persistencia de la sintomatología consulta el 12/04 a guardia de este hospital, se reintrepreta como probable pericarditis por lo que se interna en Servicio de Cardiología para diagnóstico y tratamiento.

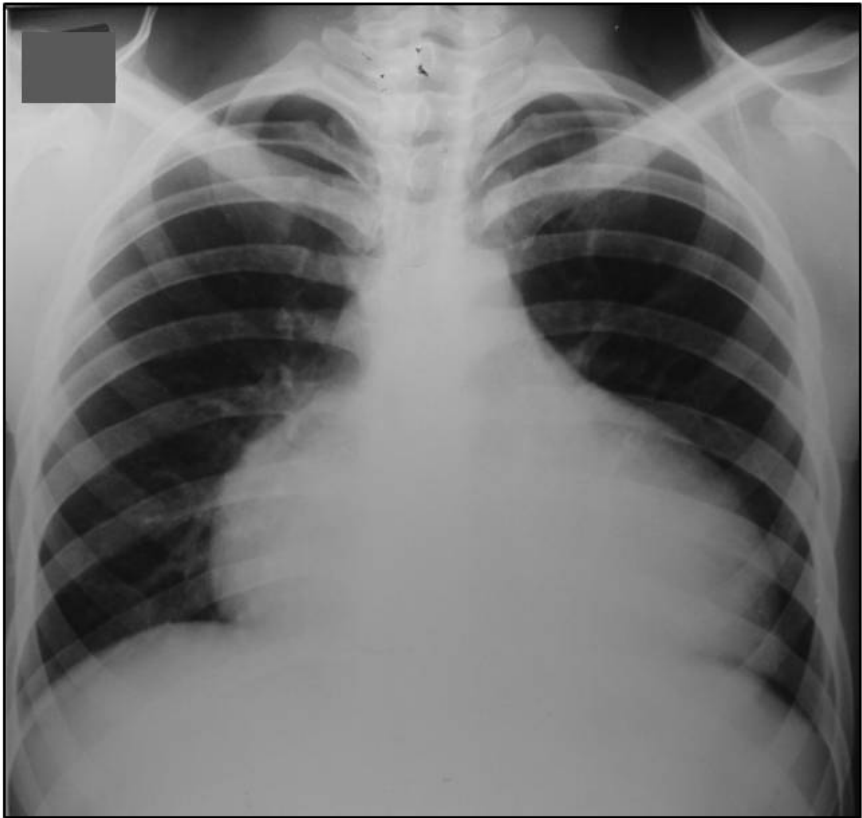
# CASO CLÍNICO

- **Factores de riesgo cardiovascular:**  
TBQ
  
- **Otros antecedentes:** Consumo de pasta base

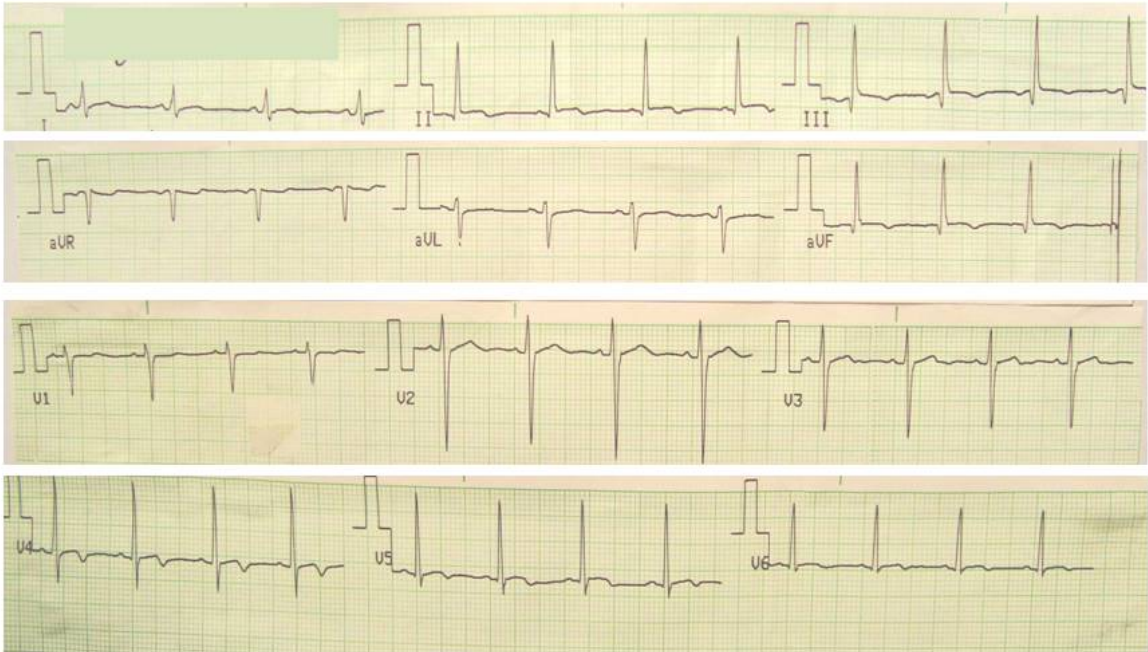
# CASO CLÍNICO

Examen Físico: TA 105/60 FC 100 FR 16 Tº 36

- **Ap. Cardiovascular:** IY 3/3 con colapso inspiratorio parcial. Pulsos periféricos y simétricos, sin edemas. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, soplo mesosistólico 3/6 en foco aórtico sin irradiación, frote pericárdico, R3 y R4 ausentes. Ausencia de pulso paradójico.
- **Ap. Respiratorio:** BMV. BEAB. Crepitantes bibasales.
- **Abdomen:** Blando, depresible, indoloro, sin visceromegalias. RHA positivos.
- **Neurológico:** Lúcido, Glasgow 15/15, sin foco motor ni sensitivo.



# ECG



# Laboratorio

	12/04	14/04	15/04	18/04
Hto	37	32	30	30
GB	13200	13400	16300	10400
Plaq	408000	485000	443000	555000
Urea	27	25	29	16
Cr	0.76	0.64	0.77	0.62
CK / MB	43		42 / 67	
Troponina	< 0,03			
ESD			61	
PCR			143	
HIV				Negativo
FAN				



# CASO CLÍNICO

- **Ecocardiograma doppler (13/04):**

DDVI 54 DSVI 30 FAC 45% SIV 1 PP 0.7 AI 3.3 Ao 3.2

Función sistólica conservada.

VI no dilatado, con grosor parietal normal, sin alteraciones segmentarias de la contracción. Derrame pericárdico severo que rodea la silueta cardíaca dejando un espacio máximo por detrás de la pared posterior del VI de 40 mm y por delante del VD de 22 mm, sin signos de taponamiento.

# CASO CLÍNICO

- Se interpreta el cuadro como pericarditis aguda de probable origen viral por lo que se inicia tratamiento con AAS 4g/día.
- Evoluciona febril, con persistencia del dolor precordial motivo por el cual el 19/04 se agrega al tratamiento colchicina 0,5 mg/día con buena respuesta clínica.

# CASO CLÍNICO

- **Ecocardiograma doppler (19/04):**

Derrame pericárdico circunferencial de grado severo con signos de organización. No presenta signos ecocardiográficos de taponamiento.

# CASO CLÍNICO

- Ecocardiograma control (26/04) sin derrame pericárdico. El espacio pericárdico se encuentra engrosado, ocupado por material ecogénico, sin líquido.
- El 29/04 se otorga alta hospitalaria

# CASO CLÍNICO

- **Ecocardiograma doppler (19/04):**

Derrame pericárdico circunferencial de grado severo con signos de organización. No presenta signos ecocardiográficos de taponamiento.

# CASO CLÍNICO

- Ecocardiograma control (26/04) sin derrame pericárdico. El espacio pericárdico se encuentra engrosado, ocupado por material ecogénico, sin líquido.
- El 29/04 se otorga alta hospitalaria

# ECG al alta

