

# SESIÓN GENERAL HOSPITAL G. UNIVERSITARIO DE ELDA “VIRGEN DE LA SALUD”

## SERVICIO DE URGENCIAS

DRA. MARIA TERESA HERNANDEZ BRAVO  
DR. ENRIQUE JAVIER PEINADO CABRERA

Con la participación de los servicios de :  
Uci - medicina interna : Dra. Ana Perona  
Endocrinología : Dra. Nieves Arias

12 de Diciembre 2013

# *CASO CLÍNICO*

*VARÓN CON MAREO,  
SUDORACIÓN Y  
PALPITACIONES*

## *CASO CLÍNICO*

- Varón de 15 años que acude a nuestro servicio (18/Septiembre/2013) con cuadro de debilidad, mareo, sudoración profusa, sensación de falta de aire, dolor centrotorácico y palpitaciones mientras estaba haciendo ejercicio.

## *CASO CLÍNICO*

- El paciente había acudido en el mes previo a su ingreso, a urgencias del CSI Villena , al menos en dos ocasiones, por cuadro de malestar general, astenia, mareo, náuseas, sudoración ,cefalea, que se achacó inicialmente a un cuadro de amigdalitis aguda.

## *CASO CLÍNICO*

- En una de esas consultas (12 de Agosto) , se detectó proteinuria en orina ( > 300 mg/dl ) , edemas en extremidades inferiores y cifras altas de TA (160/100 mmHg ) por lo que se contactó con el S. de Nefrología del Hospital para su estudio.

## *CASO CLINICO*

- Una nueva consulta en urgencias (22/ Agosto/2013) por cefalea , decaimiento, sensación de disnea, siendo la TA en esta ocasión de 150/106 mmHg, por lo que se inició tratamiento con Acovil 2,5 mg /día.

## *ANTECEDENTES PERSONALES*

- No RAM
- No hábitos tóxicos
- No DM, no dislipemia
- Proteinuria e HTA en estudio, detectada un mes antes y en tratamiento con Coropres 6,25 mg con ½ comp. al día
- Amigdalitis de repetición

## *ANTECEDENTES PERSONALES*

- Crisis paroxísticas de sudoración y palpitaciones desde los 10 años, sobre todo tras realización de ejercicio, junto con cefaleas pulsátiles, atribuidas a migrañas nerviosas ( RNM cráneo normal en 2010 )
- No intervenciones quirúrgicas ni ingresos hospitalarios previos



# *ANTECEDENTES PERSONALES*

## *Antecedentes obstétricos*

- Embarazo sin incidencias. Parto eutócico a término. PN 3850 gr
- Perinatal normal
- Soplo inocente que desapareció con el desarrollo
- Pruebas metabólicas normales
- DPE y DPM normales
- Vacunaciones en regla
- Escolarización normal

## *ANTECEDENTES FAMILIARES*

- Abuelo materno fallecido por muerte súbita a los 46 años
- Abuela materna con hipotiroidismo
- Madre con Sd. de Sjögren e hipotiroidismo normosustituido
- Dos hermanos sanos

## *EXPLORACION FISICA*

- TA : 112/70 mmHg ; T<sup>a</sup>: 36,2°C ; FC: 85 lpm ; Sat O<sub>2</sub> :98 %
- C y O. REG. NH. Ligera palidez cutánea
- ACP: Tonos rítmicos. Conservación del murmullo vesicular
- Abdomen blando. No signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias
- Extremidades sin edemas
- No signos de focalidad neurológica
- No exantemas

## *EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS*

### • HEMOGRAMA :

Leucocitos: 11000/mmc ( Neutrófilos 83% )

Hb: 14.6 g/dl ; Ht°: 44.8 % ; Plaquetas: 329.000 /mmc

### • BIOQUÍMICA :

Glucosa: 96 mg/dl; Urea: 26mg/dl; Creat: 1 mg/dl

Sodio: 143 mEq/l; Potasio: 4.50 mEq/l; Ck: 159

UI/l; PCR: 1,6 mg/l; Procalcitonina: < 0,05 ng/ml

Troponina I: 1.617 ng/ml

## *EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS*

- COAGULACIÓN:

I. Quick > 100 % ; INR:0,94; APTT: 32,2“

- GASOMETRÍA VENOSA :

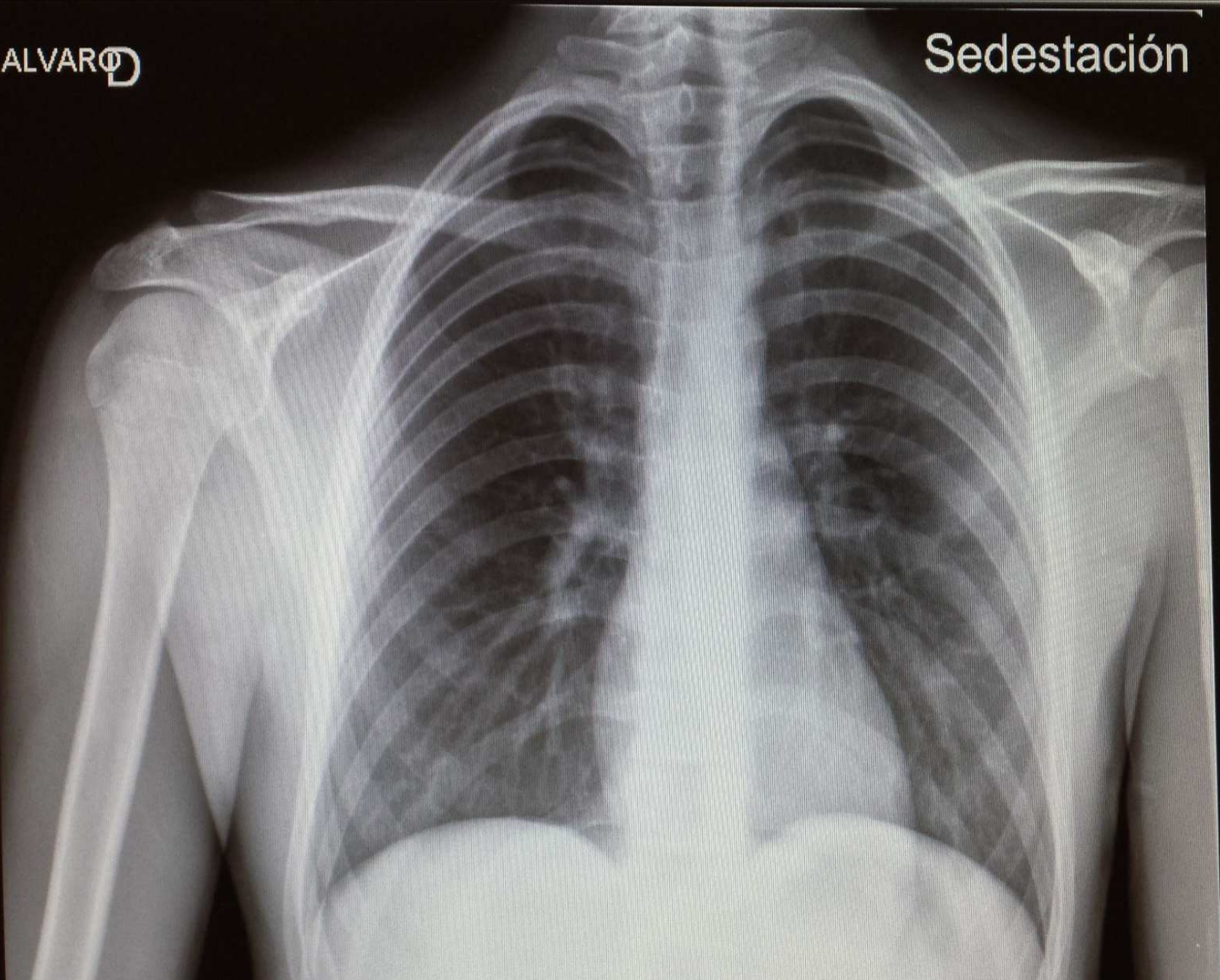
pH:7.31 ; pCO<sub>2</sub>:49 mmHg ; pO<sub>2</sub>:28 mmHg ;  
Bicarbonato: 24 mmol/l

- RX DE TORAX: Sin hallazgos valorables

- ECG : R. sinusal a 95 lpm. T algo picudas en cara anterior. Sin hallazgos patológicos valorables

SA, ALVARO

Sedestación



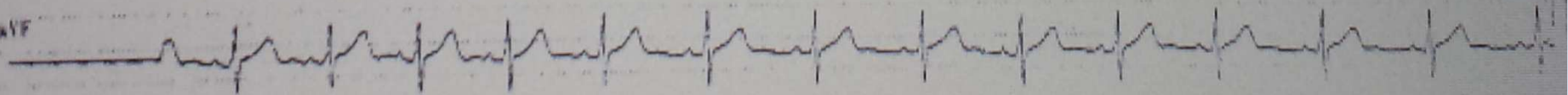
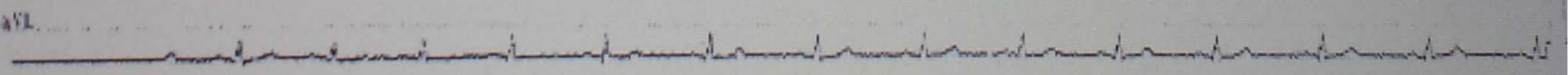
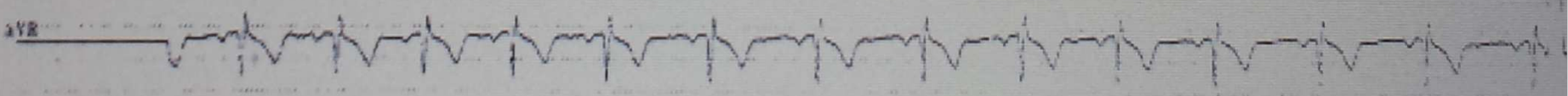
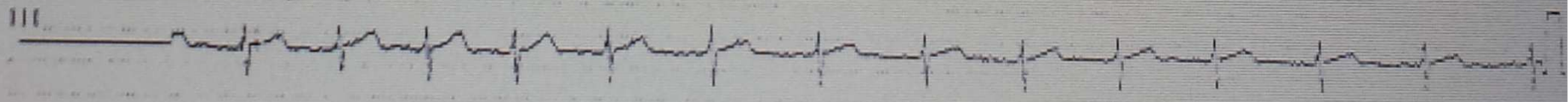
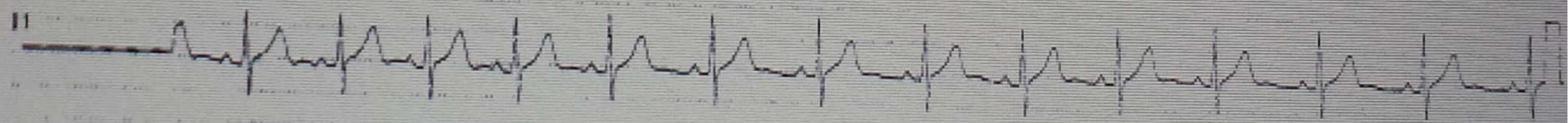
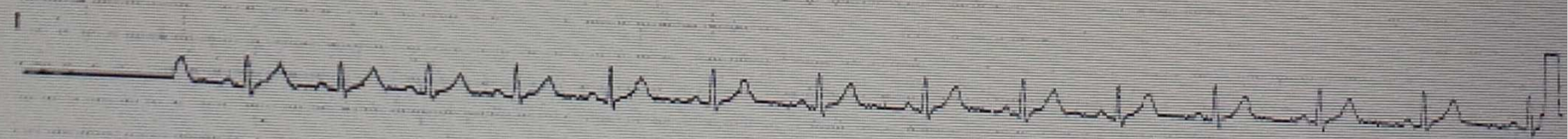
AP ho  
TORAX  
W: 4095  
M  
LC



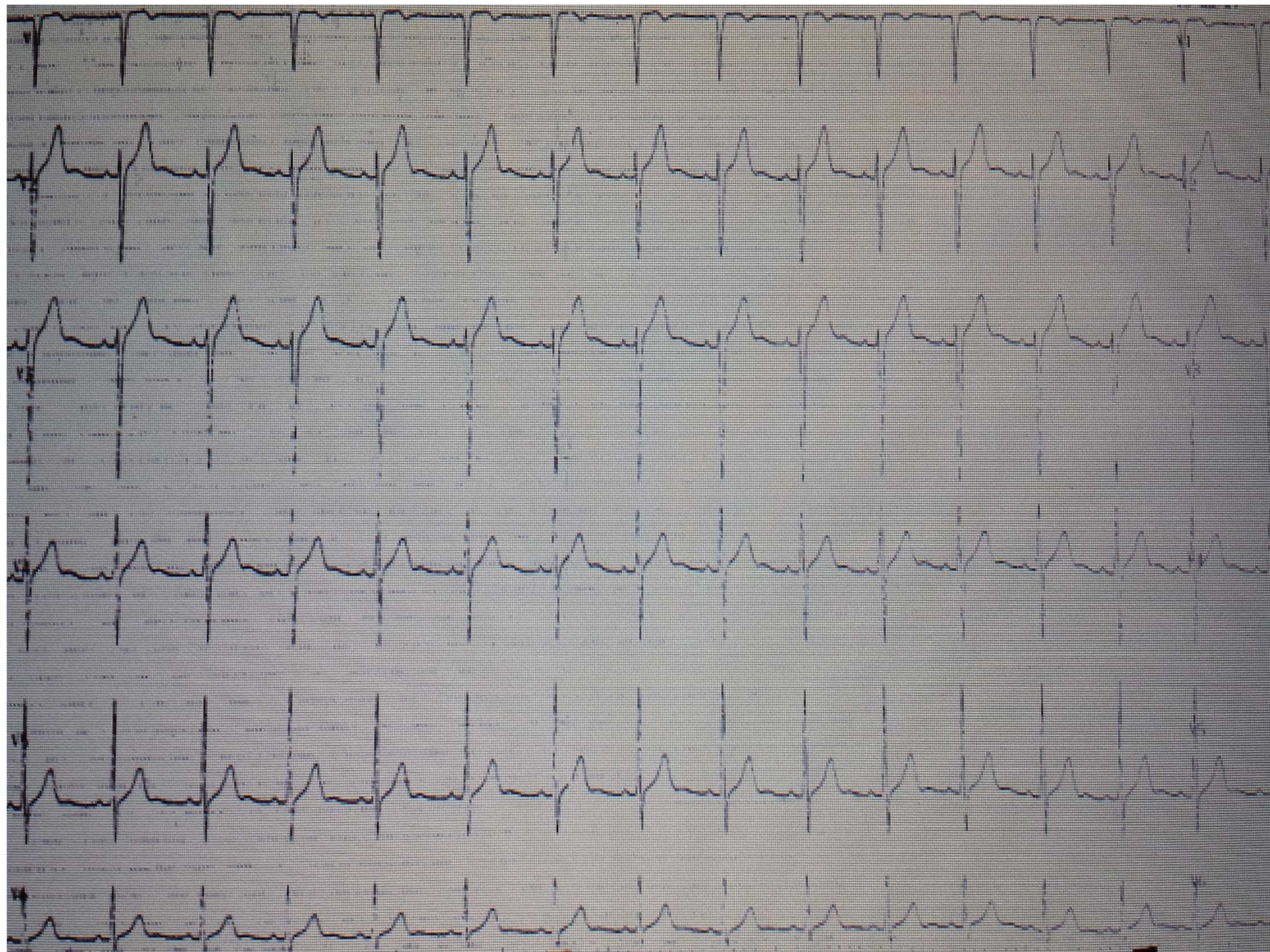
birth date: 16+ years

22. Aug 2013 17:23 74 bpm

10 mm/mV 25 mm/s Filter 35 Hz II 50 d









## *EVOLUCIÓN CLÍNICA*

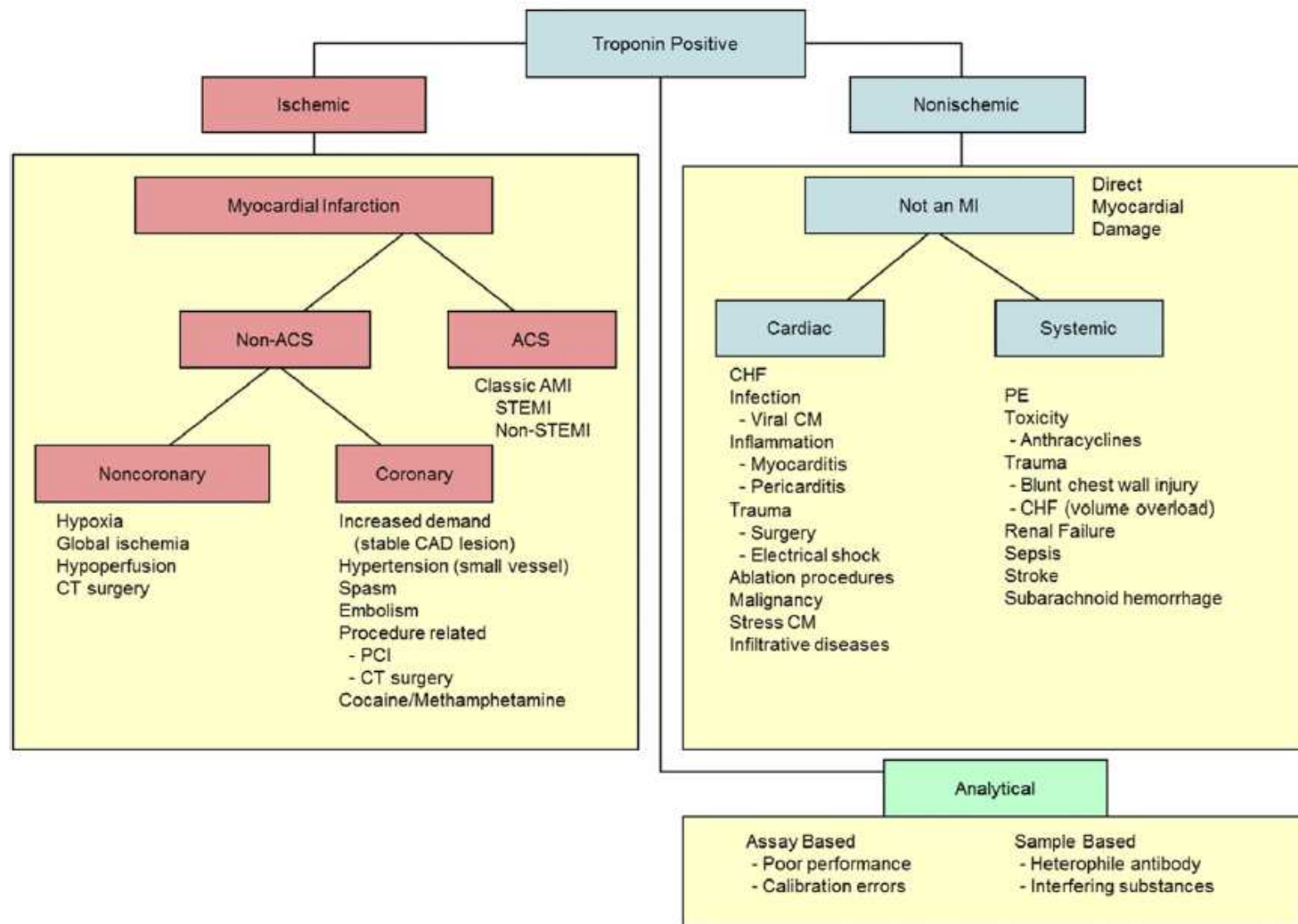
- Ante la situación clínica del paciente y los hallazgos analíticos con la elevación de Troponina I , se avisa al intensivista para su valoración
- Finalmente se decide ingreso en UCI con el diagnóstico de posible MIOPERICARDITIS

**VALOR DE LA TROPONINA I  
CARDIACA COMO PRUEBA  
DIAGNÓSTICA EN EL ESTUDIO DEL  
DOLOR TORÁCICO**

# TROPONINA I

## Introducción

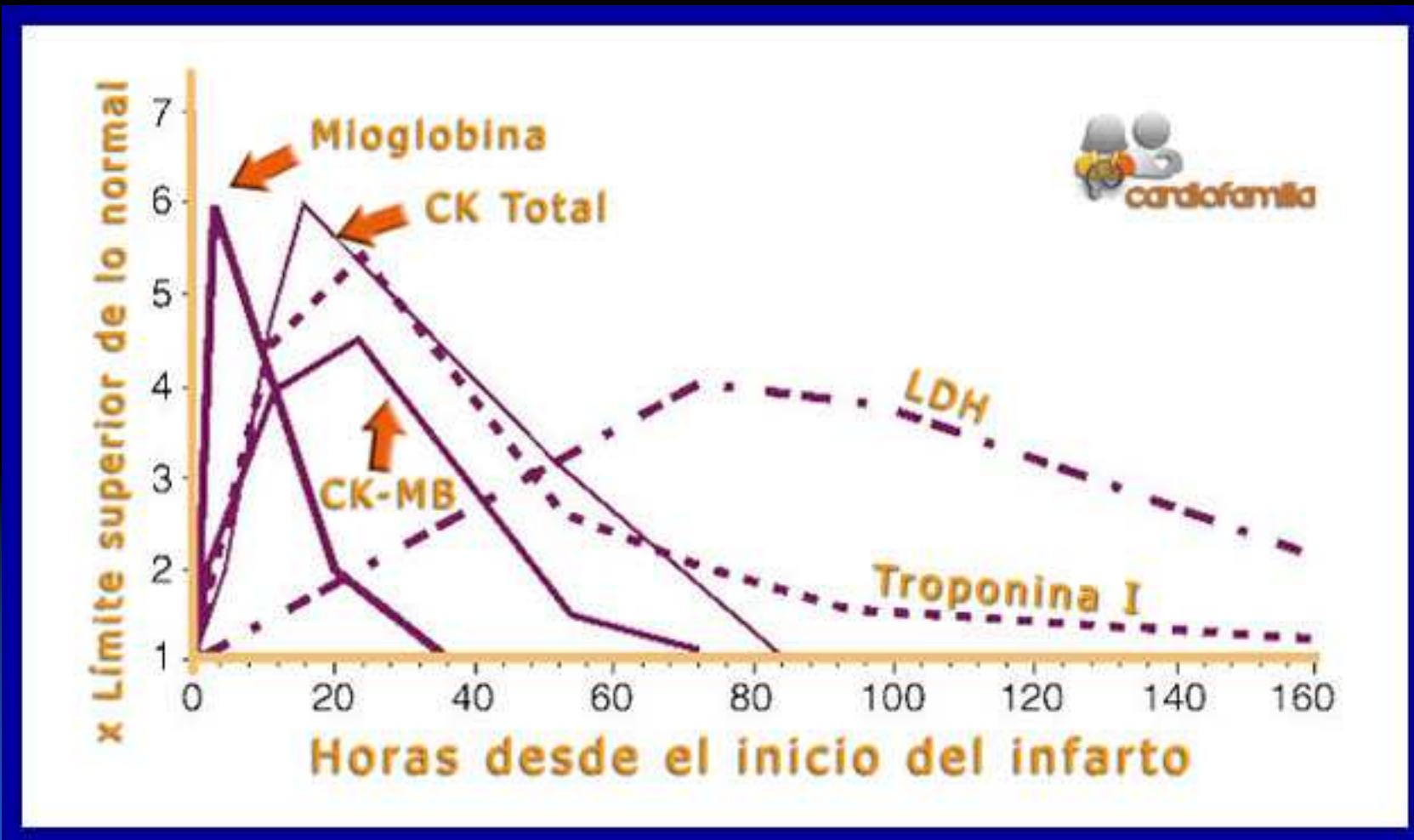
- \* Proteína que actúa en el acoplamiento actina-miosina.
- \* Tres subunidades: T, I y C.
- \* Troponina I y C en el músculo cardíaco (inmunoanálisis específico, no reactividad cruzada).
- \* Elevada sensibilidad y especificidad para la detección de lesión miocárdica.



**Figure 1. Conceptual Model for Clinical Distribution of Elevated Troponin**

ACS = acute coronary syndrome; AMI = acute myocardial infarction; CAD = coronary artery disease; CHF = congestive heart failure; CM = cardiomyopathy; CT = cardiothoracic; PCI = percutaneous coronary intervention; PE = pulmonary embolism; STEMI = ST-segment elevation myocardial infarction.

# CINÉTICA DE LOS MARCADORES DE NECROSIS MIOCÁRDICA



## OTRAS CAUSAS DE ELEVACION DE TROPONINA

- Insuficiencia cardiaca.
- Disfuncion renal crónica o aguda.
- Taquiarritmias o bradiarritmias.
- Embolia pulmonar, HTP grave
- Crisis hipertensiva
- Enfermedades inflamatorias, como Miocarditis.
- Enfermedad neurológica aguda: Accidentes cerebrovasculares o hrr. subaracnoidea.

## OTRAS CAUSAS DE ELEVACION DE TROPONINA

- Diseción aórtica, valvulopatía aórtica o miocardiopatía hipertrófica.
- Contusión cardíaca, ablación, marcapasos, cardioversión o biopsia endomiocárdica.
- Hipotiroidismo
- Miocardiopatía de Tako □ Tsubo
- Enfermedades infiltrativas como amiloidosis, hemocromatosis, sarcoidosis, esclerodermia
- Toxicidad farmacológica, como por adriamicina, 5 □ FU, herceptina, veneno de serpiente.
- Quemaduras cuando afectan a más del 30% de la superficie corporal.
- Radomiolisis
- Pacientes críticos, especialmente con insuficiencia respiratoria o sepsis.

*¿ CÓMO EVOLUCIONÓ EL  
PACIENTE ?*

*¿ QUÉ MAS PRUEBAS SE  
REALIZARON?*

*¿ CUÁL HA SIDO EL  
DIAGNÓSTICO FINAL ?*