

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^a: 36,2°C ; FC: 85 lpm ; Sat O₂ :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 :

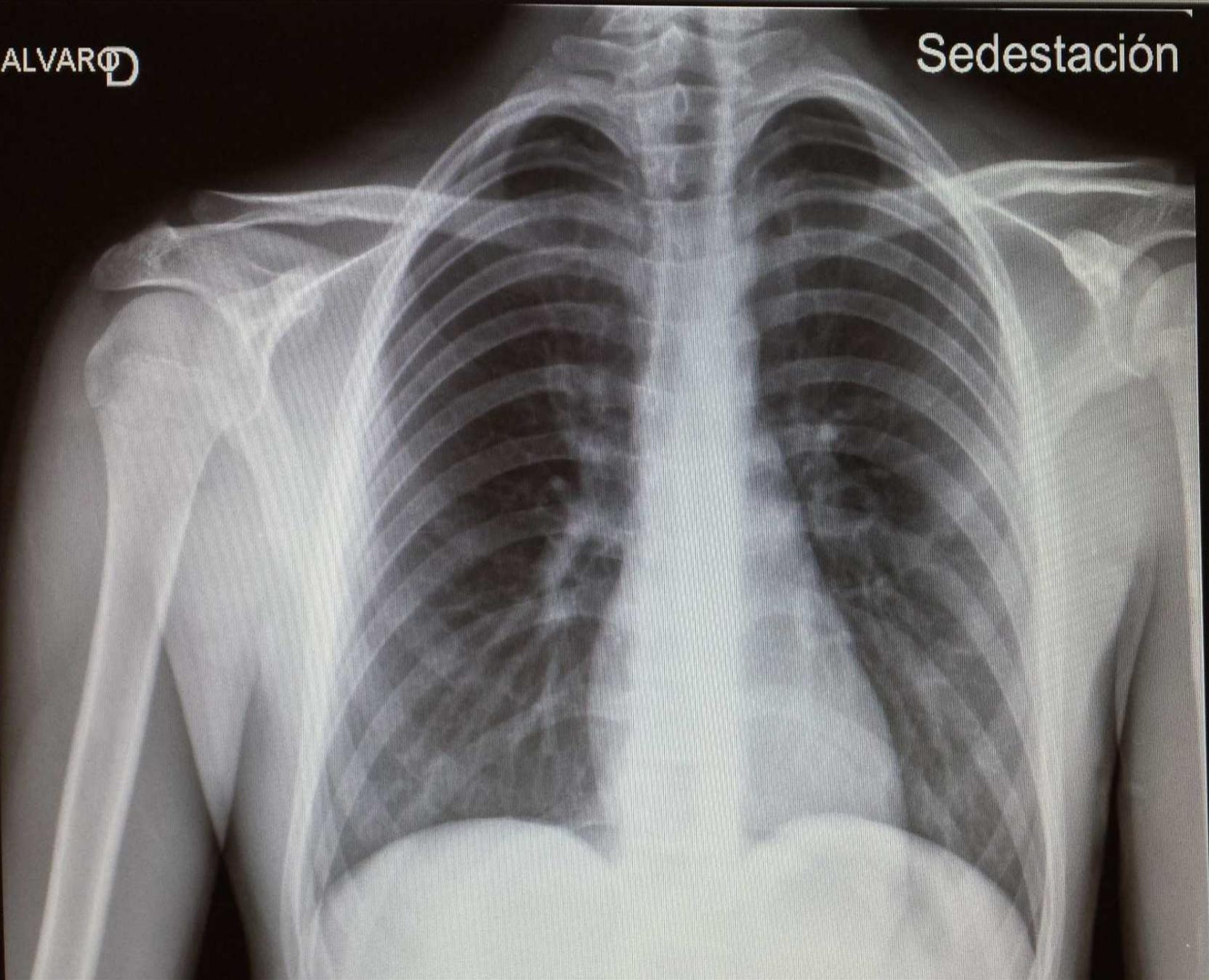
pH:7.31 ; pCO₂:49 mmHg ; pO₂:28 mmHg ;
Bicarbonato: 24 mmol/l

- 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

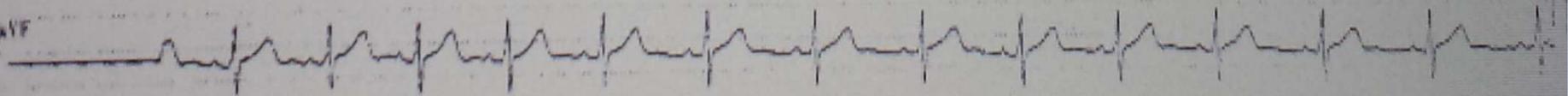
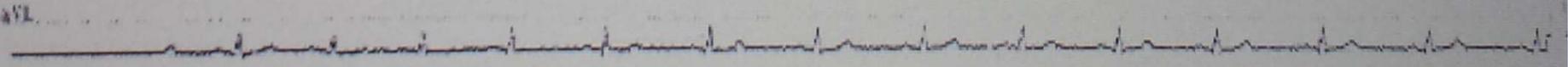
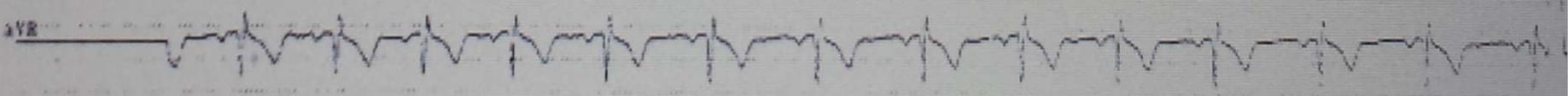
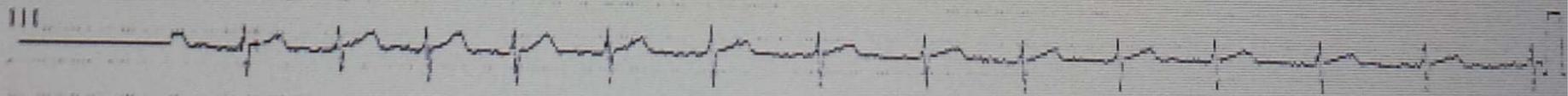
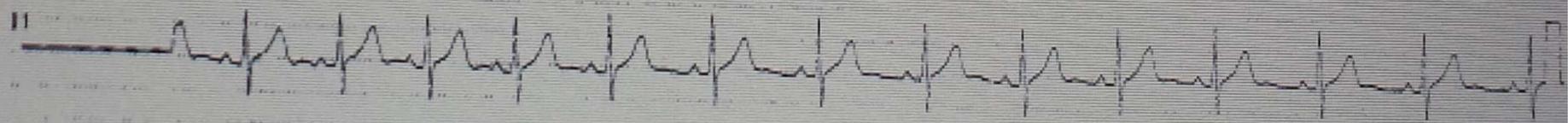
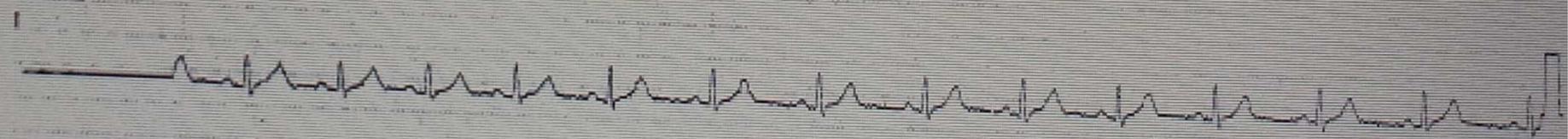


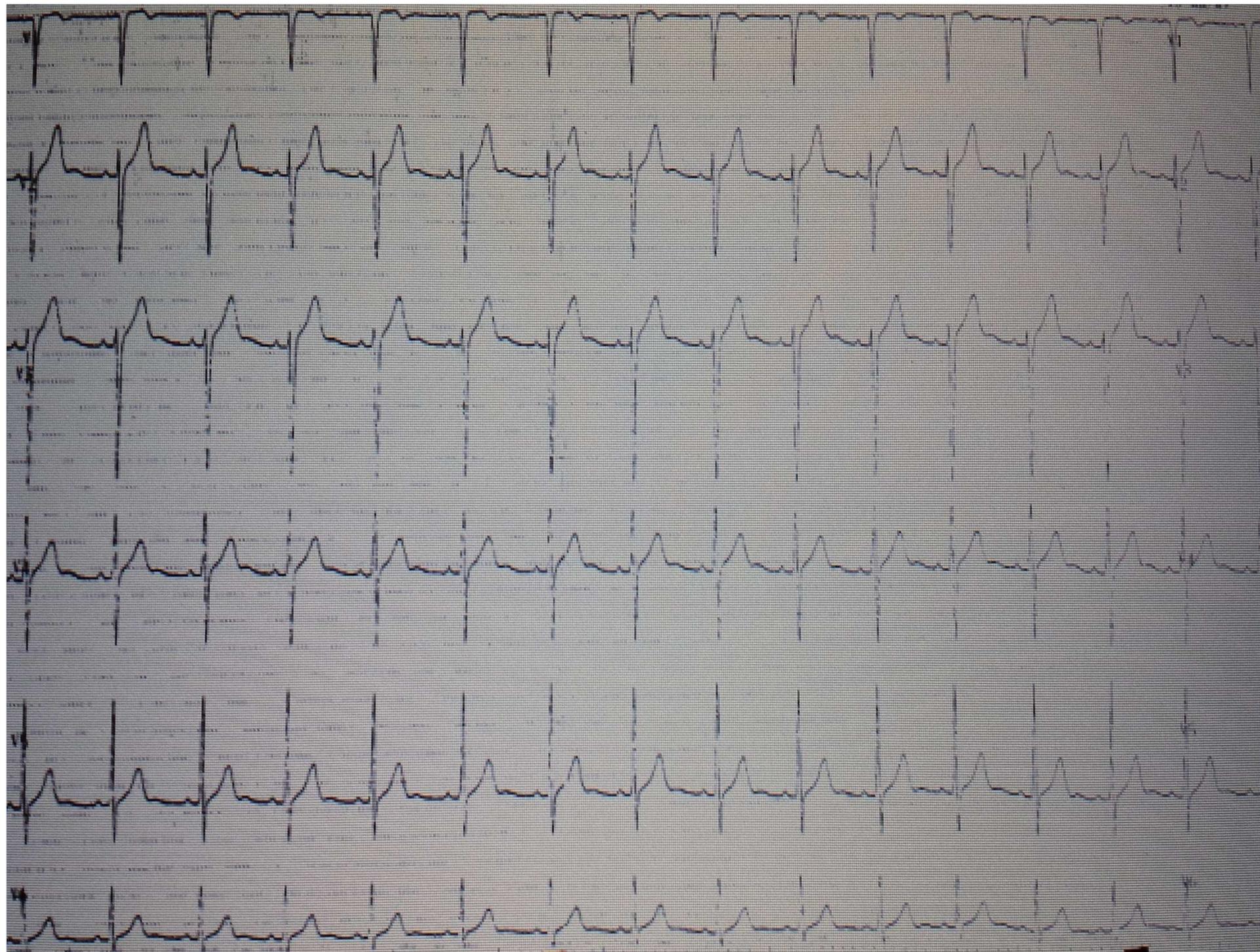
AP ho
TORAX
W: 4095
M
LC

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.

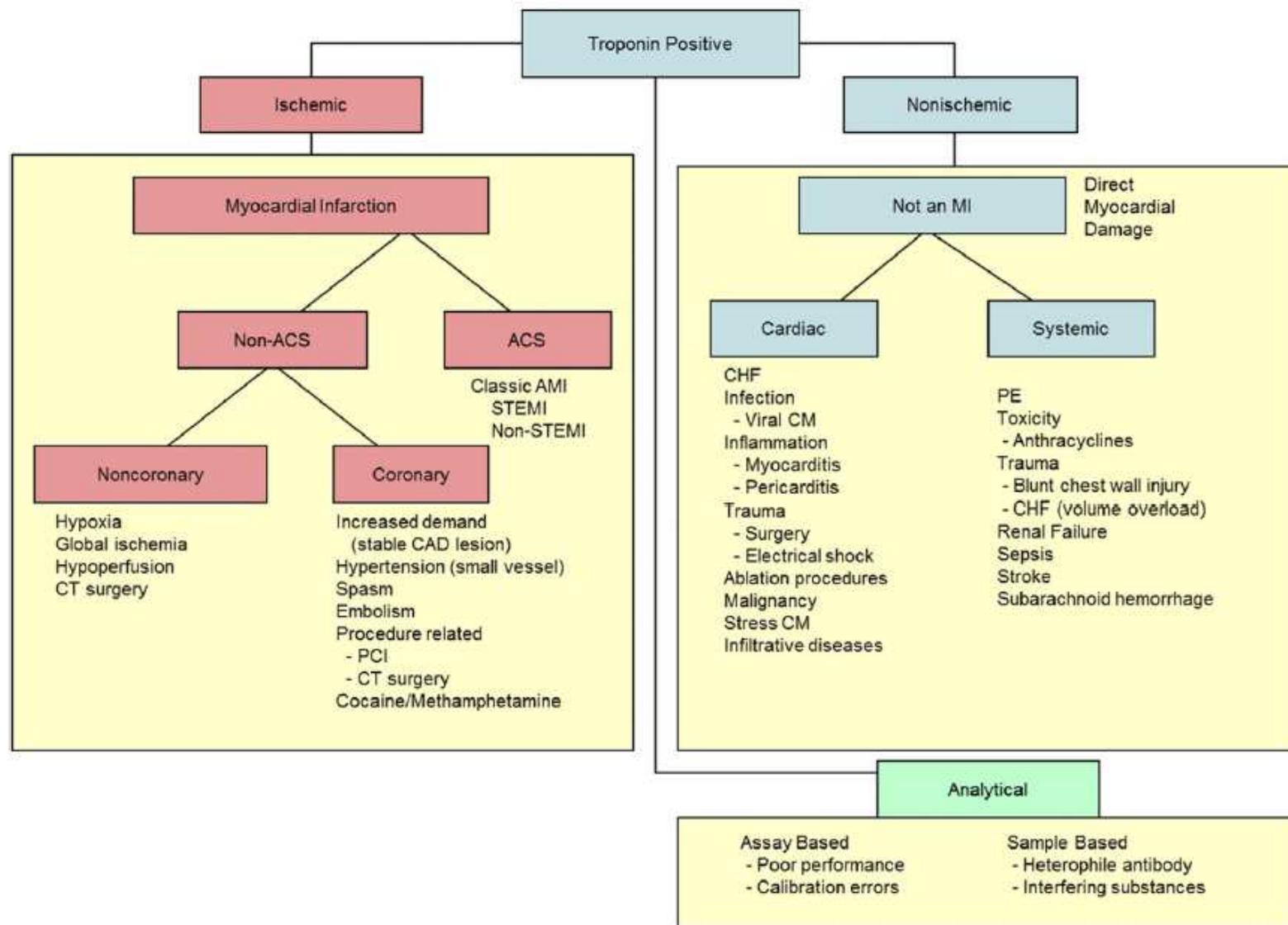
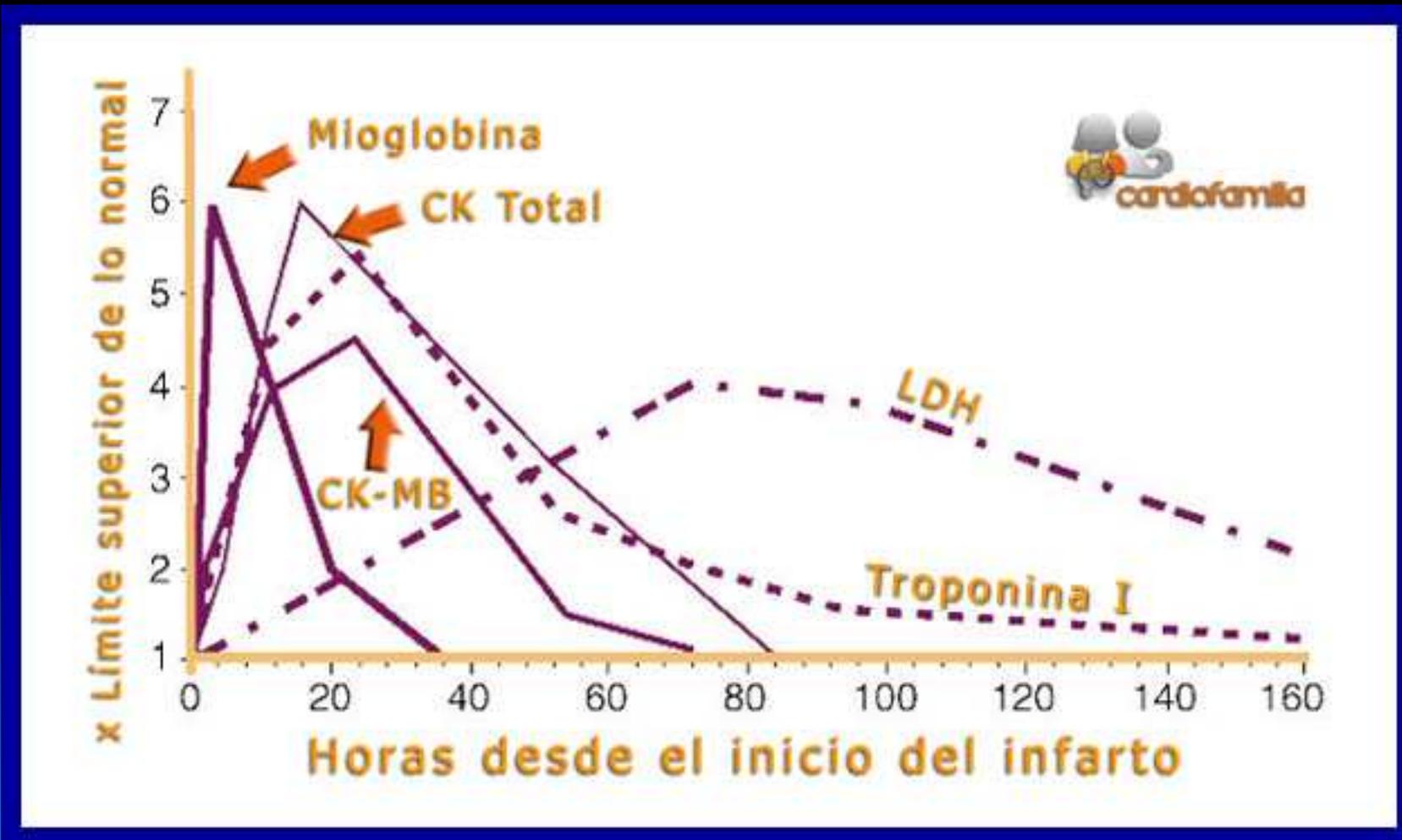


Figure 1. Conceptual Model for Clinical Distribution of Elevated Troponin

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 ?*