

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución nº 111/2018 de 7 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de febrero de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. BIHOTZ-HODIETAKO KIRURGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Proba eguna / Fecha prueba:

2018ko maiatzaren 27an / 27 de mayo de 2018.

2. ariketa / 2º ejercicio

CASO CLÍNICO Nº 1

MOTIVO DE CONSULTA:

Mujer de 40 años ingresada en la Unidad Coronaria por sospecha de patología aórtica a estudio.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- No hábitos tóxicos ni factores de riesgo cardiovascular conocidos.
- Hipotiroides con tratamiento sustitutivo y controles anuales por endocrino.
- Intervenciones quirúrgicas: Cesárea y colecistectomizada en 2002.
- Tratamiento habitual: Eutirox 75mg/24 horas.
- Situación funcional basal: Funciones superiores conservadas, vida activa sin angor ni disnea basal.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que acude a urgencias con una clínica de larga evolución muy inespecífica, casi 2 años, pero que ha aumentado de intensidad en los últimos 4 días consistente en dolor precordial intermitente y opresivo que no se relaciona con la actividad física, además de sensación de pesadez de extremidad superior izquierda con parestesias en dedos y dolor tipo presión en zona cervical con sensación pulsátil en oído izquierdo.

En la exploración llama la atención asimetría de pulsos carotídeos y femorales con TA que difiere entre ambos brazos.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

TA: 155/48 (ESD), 122/69 (ESI) mmHg. FC 79 lpm. Sat O2 100%.

Consciente, orientada. Normocoloreada y bien perfundida.

Cabeza y cuello: soplo carotideo izquierdo y debilidad de pulso en carótida izquierda.

AC: rítmico con soplo sistólico y diastólico en foco aórtico grado 4/6.

AP: murmullo vesicular conservado bilateralmente.

Abdomen: Cicatriz de laparotomía. Resto anodino.

EEl: no edemas, no signos de TVP. Pulso femoral izquierdo débil con respecto al derecho

PREGUNTAS CASO CLÍNICO Nº 1

1.- DIAGNÓSTICO

2.- PLAN DE TRATAMIENTO

CASO CLÍNICO Nº 2

Embarazo gemelar

Diagnóstico prenatal

Cesárea a la semana 37 por CIR de ambos fetos

Cianosis al nacer. Se aloja en intensivos de neonatal y se instaura tratamiento con PGE1. Se intenta destete de Pge1 pero hay recidiva de la cianosis

PREGUNTAS CASO CLÍNICO Nº 2

1.- DIAGNÓSTICO

2.- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

3.- PLAN QUIRURGICO

CASO CLÍNICO Nº 3

Mujer 55 años, 155 cm, 49 kg, enfermera

No alergias

No tratamiento habitual

Cirugías previas: Miringotomía derecha por otitis media

FRCV: Hª familiar, bebedora ocasional

Otros:

- Otomastoiditis

- En control por medicina interna desde hace un año por hallazgos en RM sugestivos de hiperplasia tejido linfoide, aunque con estudio de anticuerpos negativo en ese momento

Historia cardiológica:

Asintomática hasta hace 6 meses, deportista habitual, más de 100 Km en bicicleta en un día, que presenta episodio febril de posible origen respiratorio.

Refiere episodios de taquicardia, por lo que es vista por el cardiólogo realizándose:

- Holter: BAV 1º, BRIHH, frecuentes extrasístoles ventriculares

- Ecocardiograma: Fe 60%, DTD 52 mm, DTS 38 mm, insuficiencia aortica leve-moderada.

Es tratada con betabloqueantes con mala tolerancia por lo que se suspenden

Un mes más tarde, aparecen mareos frecuentes siendo ingresada llevándose a cabo:

- ECG: episodios de BAV 3º, frecuentes rachas de extrasístoles ventriculares

- Rx: Cardiomegalia

- Ecocardiograma: hipertrofia excéntrica, DTD 59 mm, DTS 32 mm, Fe 60%, IAo severa, velo derecho rígido engrosado,
- RM: Fe normal, IAo severa, dilatación biventricular, ligero derrame pericárdico
- TAC: Derrame pericárdico, bronquitis infecciosa lóbulo inferior izquierdo, hepatomegalia

Se implanta marcapasos DDD-R

Hace 3 meses, control ambulatorio, encontrándose en CF I/IV

-Ecocardiograma: IAo severa, Fe 66% movimiento septal anómalo por el marcapasos, DTD 69 mm, DTS 43 mm, Aorta Ascendente 38 mm, insuficiencia mitral moderada por tenting, insuficiencia tricuspidea ligera

Se decide control en un mes, planteando la posibilidad quirúrgica

Hace 2 meses, CF I-II, anda en bicicleta 50 km, se realiza estudio preoperatorio para cirugía valvular aortica

-AngioTAC: Coronarias normales, dominancia derecha, aorta ascendente 39 mm, senos coronarios 36 mm, unión sinotubular 29 mm, inflamación de partes blandas, derrame pericardio de 12 mm, signos de congestión pulmonar, infiltrados en LLI ya conocidos

Un mes después ingreso en urgencia por síncope, disnea de 15 días de evolución CF III

Exploración: frialdad, soplo sistólico panfocal, no edemas.

- ECG Ritmo de MP con BRI QRS 22 ms
- Rx cardiomegalia, redistribución, derrame pleural bilateral
- Analítica Hb 11.3 Hto 37, leucos 12, IP 42%, fibrinógeno 550, GOT 119, GPT 102, Troponina I 700

Es tratada con diuréticos, con discreta mejoría. A las 72 horas empeoramiento

Ingreso en unidad coronaria por insuficiencia cardiaca con disnea CF IV, ortopnea, con severa ingurgitación yugular y hepatomegalia. Tension 85/35.

-Ecocardiograma transesofágico: cara posterior de aorta ascendente engrosada, engrosamiento velo coronario derecho restrictivo, insuficiencia aórtica severa, insuficiencia mitral moderada central, anillo 35 mm, Insuficiencia tricuspidea moderada, PAP 37

Tratada con DBT y diuréticos se interviene de forma programada cuatro días después

Hallazgos intraoperatorios

ETE: insuficiencia aórtica severa, insuficiencia mitral moderada-severa, insuficiencia tricuspidea severa

Cardiomegalia severa especialmente del ventrículo izquierdo

Aorta y válvula aórtica con signos de inflamación

Válvula aórtica trivalva con velos fusionados y retraídos

Válvula mitral normal salvo fusión-inflamación de cuerdas de comisura posterior

PREGUNTAS CASO CLÍNICO Nº 3

1.- ¿QUÉ ALTERNATIVAS ETIOLÓGICAS VALORARÍA A LA HORA DE PLANTEARSE LA INTERVENCIÓN?

2.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

3.- ¿QUÉ PRUEBAS SOLICITARÍA ANTES Y DURANTE LA INTERVENCIÓN?

4.- ¿QUÉ TERAPIAS SIN CONTAR LAS REFERENTES A SU VALVULOPATÍA PRE-INTRA Y POSTOPERATORIAS LLEVARÍA A CABO