



Revista Médica de Trujillo

Publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú

Imágenes en Medicina

Cor Pulmonale en TBC pulmonar

Cor Pulmonale in a lung TB patient

Mónica Patricia Inostroza-García^{1a}, Tony Chávez-Uceda^{2b}, Jorge Arturo Rodríguez-Reyna^{3c}

1.Hospital Victor Lazarte Echegaray EsSALUD. 2.Facultad de Medicina Universidad Nacional de Trujillo. 3. Centro de Imágenes TOMONORTE a.Médico cardióloga. b.Docente de Microbiología. c. Médico Radiólogo

Paciente mujer 39 años, casada y ama de casa. Con antecedente de Tuberculosis Pulmonar desde hace 21 años, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y dependiente de oxígeno. Ingresa por emergencia derivada de consultorio externo por presentar desde hace 1 semana incremento de disnea de moderados a leves esfuerzos y anasarca, náuseas, afebril.

Correspondencia.

Mónica Patricia Inostroza-
García

Hospital Victor Lazarte
Echegaray

mpinostrozagarcia@gmail.com

Recibido:

Aceptado:



SIGNOS VITALES:

PA: 85/60 FC: 102 x FR: 26 x SO₂: 84% FiO₂: 24%

EKG: Ritmo sinusal, 105 x Eje: -150 grados. CAD, SSVD, SDVD. Trastorno inespecíficos de la repolarización ventricular.



Fue hospitalizada con los diagnósticos de TBC pulmonar, EPOC secundaria, Insuficiencia cardiaca derecha, clase funcional IV. En el ecocardiograma se evidenció depresión de la función sistólica del Ventrículo Derecho, Fracción de Eyección 45%, además de Insuficiencia Tricuspidéa severa e Hipertensión Pulmonar. La paciente estuvo hospitalizada durante 17 días recibiendo furosemida, espirolactona, Sildenafil, salbutamol, bromuro de ipatropio, N-acetilcisteína, salmeterol, fluticasona. Oxígeno suplementario a 1 L/min. Se realizó una interconsulta con cirugía de tórax, pero la paciente no acepta ninguna intervención quirúrgica

Estudio radiológico: La radiografía AP torácica muestra bulla gigante apical derecha, con colapso pulmonar basal ipsilateral, además, lesiones fibróticas con bronquiectasias y/o cavidades izquierdas, de tipo secuelar, asociadas con retracción mediastínica ipsilateral. Se

aprecia dilatación de silueta cardiaca, con borde izquierdo deformado. Los hallazgos son compatibles con proceso específico secuelar bilateral con bulla derecha asociada. Se evalúan adicionalmente reconstrucciones 3D que confirman los hallazgos.

La paciente fue dada de alta con los diagnósticos de TBC pulmonar con secuela extensa, cor pulmonale, hipertensión pulmonar severa tipo III y Fibrotórax. Su pronóstico es sombrío.

Las series históricas de reportes de necropsias dan como resultado desde 8 a 16 % de Cor Pulmonale producido por Tuberculosis. El enfisema y la embolia pulmonar siguen siendo la primera causa del Cor pulmonale. En nuestro medio se desconoce el verdadero impacto de la TBC pulmonar sobre la función cardiaca, por lo que puede ser un terreno fértil para investigaciones futuras.