



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/3706 - NO ES ANGOR TODO LO QUE RELUCE

T. Crespo Reyes<sup>a</sup>, A. Calabria Rubio<sup>b</sup> y J.L. Ávila Guerrero<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Santa Bárbara. Puertollano. <sup>b</sup>Médico Residente Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Poniente. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 61 años con antecedentes de HTA, hipercolesterolemia y cardiopatía isquémica con stent farmacológico e hiperreactividad bronquial. Acude a urgencias por dolor precordial opresivo, irradiado a espalda, que la despierta mientras duerme, asociado a náuseas sin vómitos y sudoración profusa. Sensación disneica. Describe el dolor como en ocasiones anteriores pero de mayor intensidad esta vez.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 98/46 mmHg, FC 52 lpm, saturación (FiO<sub>2</sub> 0,21 l) 95%, T<sup>o</sup> 35 °C. AEG, afectada por el dolor, palidez cutánea. ACR con tonos rítmicos con soplo sistólico III/VI más intenso en foco aórtico. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de TVP. Electrocardiograma: RS a 50 lpm. Eje normal. PR 0,20 seg. No trastornos agudos de a repolarización ni bloqueos de rama. Analítica en urgencias con hemograma y bioquímica incluyendo troponina ultrasensible normales. Gasometría arterial con hipocapnia. Rx tórax sin alteraciones. La paciente comienza con empeoramiento clínico; dolor más localizado en zona interescapular, lacinante, con cortejo vegetativo y comienzo de parestesias en ambos miembros inferiores, por lo que se solicita TAC urgente. A la llegada a la sala de radiología, el empeoramiento es muy marcado produciéndose incontinencia urinaria, parálisis flácida de miembros inferiores con palidez y frialdad cutánea. El estudio de imagen objetiva disección de la aorta torácica (ascendente y descendente), aorta abdominal (con escasa repleción) afectando a la salida del tronco celíaco, arteria renal izquierda (con isquemia del parénquima) y ambas ilíacas. La paciente ingresa en UCI, manteniéndose estable hemodinámicamente, con TA 170/60 y FC 74 lpm, precisando perfusión de labetalol y órfico. Se traslada a centro de referencia.

**Juicio clínico:** Disección aorta torácica (ascendente y descendente), aorta abdominal, afectación de la salida del tronco celíaco, arteria renal izquierda y ambas ilíacas.

**Diagnóstico diferencial:** Angina inestable. Infarto agudo de miocardio. Miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Pericarditis aguda. Disección aórtica. Tromboembolismo pulmonar.

**Comentario final:** Aunque en principio la clínica junto a los antecedentes personales orientaba hacia un síndrome coronario agudo, la aparición de nueva sintomatología durante su breve estancia en urgencias hizo cambiar la sospecha diagnóstica.

## **Bibliografía**

1. Dolor torácico. En: Rodríguez García JL, coordinador. Green Book diagnóstico, tratamiento médico. Madrid: Marbán; 2013. p. 80-130.

**Palabras clave:** *Angor. Disección aórtica.*