



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/448 - DOLOR TORÁCICO TÍPICO, NO SIEMPRE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

C. Fortuny Henríquez<sup>a</sup>, A. Fernández Serna<sup>b</sup>, L. Gómez Ruiz<sup>c</sup>, Á. González Díaz Faes<sup>d</sup>, L. de la Fuente Blanco<sup>e</sup>, D. Fernández Torre<sup>f</sup>, P. López Tens<sup>g</sup>, A. Blanco García<sup>h</sup>, S. Díez Martínez<sup>i</sup> y M.J. Arques Pérez<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud La Marina. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente; <sup>i</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud General Dávila. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente Endocrinología; <sup>e</sup>Médico Residente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>f</sup>Médico Residente. Centro de Salud Centro. Santander. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. <sup>j</sup>Médico de Familia. SUAP Alisal. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 60 años con antecedentes personales de hipertensión y arteriopatía periférica. Acude al centro salud por dolor torácico opresivo retroesternal no irradiado, de alta intensidad acompañado de cortejo vegetativo de más de 20 minutos de duración

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 140/80; FC: 53 lpm; Sat 96%; ACP: rítmico no soplos, buena ventilación bilateral. Abdomen: anodino; ECG: ritmo sinusal 50 lpm, descenso ST en cara inferior; coronariografía: se descarta enfermedad coronaria. Se constata disección de aórtica ascendente con insuficiencia valvular aórtica grave.

**Juicio clínico:** Disección aórtica.

**Diagnóstico diferencial:** Dolor torácico que sean potencialmente graves (síndrome coronario grave, aneurismas aórticos toracoabdominales no disecados, insuficiencia aórtica sin disección, TEP, pericarditis aguda, neumotórax, rotura esofágica)

**Comentario final:** Ante la sospecha de síndrome coronario agudo por la clínica y el ECG del paciente se inició tratamiento con clopidogrel, ácido acetilsalicílico, morfina y oxigenoterapia. Concluimos que antes sospecha de urgencia vital, obviamente es necesario trasladado para realización de cateterismo urgente. La disección aórtica sigue siendo una de las enfermedades más letales y es complicado diagnosticarla desde atención primaria. La hipertensión (80% casos) es uno de los factores predisponentes más importantes no estaba presente (es más común en DA distales). La no ausencia de pulsos y la no auscultación de soplos, (el fallo cardiaco asociado puede apagarlo) en la valoración inicial dificultaron el diagnóstico. Además el electrocardiograma suele ser normal y solo tenía la hipertensión como factor de riesgo cardiovascular. Resumiendo desde atención primaria detectar con rapidez situaciones con riesgo vital ya que el tiempo es imprescindible para la supervivencia.

## **Bibliografía**

1. McGee EC, Pham DT, Gleason TG. Chronic descending aortic dissections. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2005;17:262-7.
2. Eagle KA, Quertermous T, Kritzer GA, Newell JB, Dinsmore R, Feldman L, et al. Spectrum of conditions initially suggesting acute aortic dissection but with negative aortograms. *Am J Cardiol.* 1986;57:322-6.

**Palabras clave:** *Síndrome coronario. Disección aórtica.*