



## 212/2907 - ¡SIEMPRE ALERTA! NO TE ENCASILLES EN DIAGNÓSTICOS TIPO

A. Muros Ortega<sup>a</sup>, C. Castillo Moreno<sup>a</sup>, R. Jiménez Lorenzo<sup>b</sup>, F. Peiró Monzó<sup>c</sup>, A. Fernández Bosch<sup>a</sup>, M. del Campo Giménez<sup>a</sup> y M.Á. Sáez Moreno<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona I. Albacete.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón hipertenso, 57 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acude a las 7:16h a Urgencias por referir dolor muy intenso “desgarrador” en zona interescapular izquierda irradiado a hombro izquierdo que no se modifica con el movimiento, acompañado de disminución de fuerza en ese miembro y sudoración de 1h de evolución. Comenzó mientras se aseaba. Afebril. No náuseas ni vómitos. No alteración del habla.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 107/56; Saturación 95%; FC 45 lpm. Paciente CyO. REG, Diaforético. NH. Palidez mucocutánea. Eupneico. AC rítmica sin soplos. AP MVC. MMSS: Izquierdo: frío, pulso radial abolido, fuerza disminuida; Derecho: anodina. Exploración abdominal normal. MMII sin edemas ni signos de TVP. Examen neurológico: pupilas isocóricas normorreactivas. No alteración de pares. No disdiadococinesia. Sensibilidad conservada y fuerza disminuida en MSI. No alteración de la marcha ni la bipedestación. Rx Tórax: ICT < 0,5, pulmones libres, sin líquido en senos costofrénicos. TAC Craneal sin hallazgos radiológicos significativos. AngioTC aórtico: disección aórtica tipo A de Stanford con afectación de válvula aórtica y aorta ascendente así como del tronco braquiocefálico derecho y la subclavia izquierda. Bioquímica y coagulación sin alteraciones significativas. Hemograma (eritrocitos  $4,38 \times 10^6$ , VCM 96 fL). ECG: bradicardia sinusal (45 lpm) con descenso de ST en I y aVL.

**Juicio clínico:** Disección aórtica tipo A.

**Diagnóstico diferencial:** Disección aórtica, aneurisma aórtico, dolor muscular, síndrome coronario agudo, TEP.

**Comentario final:** Tras la solicitud del TAC torácico por sospecha de disección aórtica y los resultados expuestos se deriva urgentemente a Cirugía Vasculuar para intervención quirúrgica. Se pauta analgesia y se cursan pruebas cruzadas. Este es uno de esos casos por los que hay que estar alerta en todo momento durante las guardias (el dolor irradiado podría habernos confundido con un IAM) ya que nunca sabes cuándo pueden aparecer episodios de extrema gravedad en los que haya que intervenir de manera urgente y precoz.

### Bibliografía

1. Fritz DA. Urgencias vasculares. En: Keith Stone C, Humphries RL. Diagnóstico y tratamiento en medicina de Urgencias, 7ª ed. México: Mc Graw Hill, 2013:687-706.
2. Sáenz D, Sierra B, Murillo I, Rivas M. Síndrome aórtico agudo. En: Rivas M. Manual de Urgencias, 3ª ed revisada. España: Panamericana, 2015:156-9.

**Palabras clave:** *Diseccción aórtica. TAC. Interescapular. Urgencias.*