



242/4267 - A PROPÓSITO DE UN CASO DE DOLOR TORÁCICO

L. García Franco^a y F. Pacheco Ugarte^b

^aEnfermera Atención Primaria. Centro de Salud Vegadeo. Asturias. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Castropol. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años que acude a Urgencias del Centro de Salud por dolor interescapular irradiado a región centrotorácica y a cuello, nervioso, pálido y con sudoración que mejora con AAS, captopril y CFN. No disnea, no palpitaciones. Se deriva a Urgencias Hospitalarias. Donde el paciente presenta las molestias persistentemente con un ligero grado de empeoramiento al transcurrir las horas. El paciente tenía como antecedentes: ocupación zapatero, HTA, dislipemia, no DM. Exfumador hace unos 25 años.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. TA 108/34. FC 67. SatO₂ 95%. COC eupneico, bien perfundido, AC: RsCsRs sin soplos. Hemograma: fórmula normal. Bioquímica dentro de límites normales. Troponina seriada: Inicial (0,01) después 3h (0,21) día siguiente (1,52). ECG RS a 67 × min sin alteraciones en la repolarización. Debido a la alteración de los valores de la troponina se decide realizar ecocardiograma transtorácico (insuficiencia aortica grave y dilatación aneurismática de aorta ascendente), angio-TC de aorta: disección aórtica que se extiende desde la raíz aortica que se extiende desde la raíz aortica hasta la bifurcación de ambas iliacas comunes. Conclusión del examen: extensa disección de la aorta abdominal con afectación del tronco braquiocefálico y de arterias iliacas.

Juicio clínico: EL paciente ingreso con el diagnóstico de IAM pero después de realizar las pruebas de imagen se identifico el diagnóstico definitivo de disección aórtica.

Diagnóstico diferencial: Dentro de los diagnósticos diferenciales tenemos: 1. Síndrome coronario agudo; 2. Pericarditis; 3. Pleuritis; 4. Tumores mediastinales; 5. TEP; 6. Colecistitis. Pero todos ellos se descartaron al realizar los exámenes adecuados. Al realizar el ingreso en el servicio de Urgencias impresionaba de un síndrome coronario agudo pero al realizar el ecocardiograma este diagnóstico se modifico por los hallazgos de disección aórtica.

Comentario final: Cualquier paciente que acude con dolor en el pecho persistente acompañado de cortejo vegetativo aunque no tenga variación en los exámenes auxiliares debe de continuar su estudio hasta poder identificar la etiología del mismo,

Bibliografía

1. Muñoz Ávila JA, Torres Murillo JM, Calderón de la Barca Gázquez JM, García Criado EI,

Jiménez Murillo LM. Manejo del paciente con dolor torácico agudo en Atención Primaria.
Semergen. 24(2):137-45.

Palabras clave: Dolor torácico. Disección aórtica. Angio TAC.