



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/597 - UN MURPHY FARSANTE

I. Pérez Zambrano<sup>a</sup>, C. Velardo Andrés<sup>b</sup>, M. Molano Camacho<sup>c</sup>, G. Siquier Coll<sup>d</sup>, Á. Martínez Tolosa<sup>a</sup> y M. Pierre Bared<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia I. Cáceres. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. Cáceres. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia III. Cáceres.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón 59 años de edad, traído por unidad 112 al servicio de urgencias hospitalario por dolor en hipocondrio derecho, apareció de forma brusca estando en reposo con cortejo vegetativo, pérdida de conciencia de corta duración, sin dolor torácico y taquicardia recidivante-remitente. Hipertenso, fumador, bebedor importante y maculopatía degenerativa con visión del 10%; sin tratamiento crónico habitual.

**Exploración y pruebas complementarias:** Normocoloreado, normohidratado, eupneico, TA 108/72, FC 64 lpm, Saturación O<sub>2</sub> 99%. Auscultación cardio-pulmonar normal. Ingurgitación yugular a 45°. Abdomen: Murphy muy positivo, defensa generalizada. No lesiones cutáneas. EKG: taquicardia supraventricular, 120 lpm, T negativas en I, II, III, aVF, con Qs en V1 y V2, descenso de ST de V3-V6. Placa tórax: sin hallazgos patológicos. Eco abdominal: hepatopatía crónica. Vesícula biliar distendida y engrosada, con barro en zona declive. Páncreas aumentado de tamaño con ligera cantidad de líquido libre periduodenal y peripancreático. Calibre aorta abdominal normal 2 cm. TAC abdominal: hemopericardio 2 cm de espesor. Signos de hepatopatía crónica. Signos de colecistitis aguda alitiásica con mínima cantidad de líquido libre perihepático. TAC torácico: hematoma de pared aórtica desde raíz aórtica hasta salida de tronco braquicefálico. Analíticas: creatinina 2,7, GOT 375, GPT 243, FA 113, LDH 403, amilasa 44, urea 709, CPK 342, mioglobina 1.190, troponina T 652. Acidosis metabólica compensada.

**Juicio clínico:** Síndrome aórtico agudo.

**Diagnóstico diferencial:** Colecistitis aguda, pericarditis, tromboembolismo pulmonar, aplastamiento vertebral.

**Comentario final:** En un 30% de los pacientes se sospecha de entrada colecistitis o pericarditis. En la exploración física se puede ver hipotensión, shock y regurgitación yugular hasta en el 40%. La mortalidad en estos casos continúa siendo muy elevada. La sospecha clínica y la rapidez en el manejo determinarán en gran parte el pronóstico a corto y medio plazo del mismo. En la mayoría de paciente persiste afectación de rama descendente aórtica, hasta un 30% con complicaciones a los 3-5 años. La mortalidad en las primeras 24 horas se sitúa en el 20% y en la primera semana del 62%.

## **Bibliografía**

1. Evangelista Masip A. Avances en el síndrome aórtico agudo. Rev Esp Cardiol. 2007;60:428-39.

**Palabras clave:** Hipocondrio. Hematoma aórtico.