



## 242/4917 - UNA CLÍNICA DIFÍCIL DE CATALOGAR

G. Camprubí Collell<sup>a</sup>, N. Fernández Danes<sup>b</sup> y O. Linares Fumero<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UD Costa Ponent. CAP Centre Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Julia i Martí. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 73 años fumadora, hipertensa, dislipémica y obesa, no diabética con asma bronquial, usa CPAP en domicilio. En domicilio refiere desde el día anterior cuatro episodios de deposiciones líquidas sin productos patológicos, sin dolor abdominal, mareos ni vómitos. Concomitante dolor torácico que le incrementa al moverse y cefalea acompañante sin fiebre ni otra clínica. Normotensa en domicilio y saturación oscilante 93-85% por pulsioximetría, es derivada a hospital.

**Exploración y pruebas complementarias:** En el hospital hace cuadro de hipotensión 88/48 mmHg, 72 ppm que recupera tras sobrecarga de suero. Se encuentra normohidratada, sudorosa con leve palidez, ruidos cardiacos rítmicos, murmullo vesicular disminuido en hemicampo izquierdo sin dificultad respiratoria. Dolor a la palpación en región esternal. Placa de tórax sin alteraciones. Electrocardiograma sin alteraciones. Se cursa analítica y se inician nebulizaciones de broncodilatadores.

**Juicio clínico:** Broncoespasmo.

**Diagnóstico diferencial:** Causas de diarreas con mala evolución, causas de dolor torácico, broncoespasmo, sobreinfecciones respiratorias, tromboembolismo pulmonar.

**Comentario final:** La paciente inicia disnea intensa súbita, disminución del nivel de consciencia y parada cardiorespiratoria. Se inicia reanimación, tras 20 minutos recupera ritmo. La analítica muestra elevación de creatinina, leucocitosis, dímero D elevado, PCR y lactato elevados. Se solicita TC que muestra ruptura de aorta ascendente no candidata a intervención quirúrgica. La disección de aorta es más frecuente en varones que en mujeres entre los 60-70 años de vida. Suele cursar con dolor en la cara anterior o posterior del tórax, intenso y que acompaña de diaforesis. Puede ir acompañado de hipertensión o hipotensión y desaparición transitoria del pulso. Otros síntomas son la disnea, la debilidad o el síncope. Se han visto también casos con isquemia intestinal, hematuria y signos neurológicos. En el electrocardiograma no se observan signos de isquemia pero sirve para diferenciar entre disección de aorta o infarto de miocardio. Hay numerosos estudios que concluyen el ritmo circadiano de las disecciones de aorta siendo el 13,58% de 8:00 a 10:00a.m. y el menor número entre 0:00 y 2:00a.m, un 3,4%.

## **Bibliografía**

1. Takagi H, Ando T, Umemoto T. (All-Literature Investigation of Cardiovascular Evidence [ALICE] Group). Meta-Analysis of Circadian Variation in the Onset of Acute Aortic Dissection. *Am J Cardiol.* 2017.

**Palabras clave:** Dolor torácico. Disnea.