



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/178 - DISECCIÓN AÓRTICA: UN CASO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

M. Mateo Pascual¹, A. Cabetas García-Ruiz², M. Leal Salido³ y F. Marqués González⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Médico Adjunto de Urgencias. Hospital La Paz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 71 años hipertensa, exfumadora; acude por mareo y malestar de 12 horas. No dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias: Estable. TA: 125/71 mmHg. Ac: rítmica, 62 lpm, soplo sistólico aórtico. Auscultación pulmonar normal. Neurológico: alerta, orientada; lenguaje normal; Romberg (-); marcha, fuerza, sensibilidad conservadas; no TVP. ECG: ritmo sinusal, 64 lpm, PR normal, QRS estrecho, eje izquierdo, repolarización normal. Estando en consulta, empieza con visión doble y movimiento involuntario del ojo derecho. Exploración: diplopía horizontal en posición primaria y dextroversión. Resto pares normales. Fuerza, sensibilidad normales. Se deriva a hospital donde sufre síncope. Hemograma normal salvo Hb: 10,4; Hto: 32,4. PCR: 35,3. TAC toracoabdominal: disección aorta desde plano valvular hasta descendente previo a hiato diafragmático. RMN cerebral: focos hemosiderínicos corticosubcorticales hemisféricos bilaterales y alguno cerebeloso sugestivos de microsangrados, no lesiones isquémicas.

Orientación diagnóstica: Disección aórtica y probable AIT vertebrobasilar (por la clínica, no confirmándose en RMN).

Diagnóstico diferencial: Coronariopatías. Pericarditis. Trastornos neurológicos.

Comentario final: La disección aórtica es infrecuente con mortalidad del 60% en primera semana. El 95% tienen dolor retroesternal o interescapular irradiado a espalda pero hay casos sin dolor y con: síncope (25%), déficit neurológico (19%), alteración de la conciencia (44%). Los indolores, mayor mortalidad. Puede ser A de Stanford si afecta aorta ascendente (la más frecuente) y B (sólo descendente). El tratamiento inicial fue toracotomía urgente sustituyendo aorta ascendente por prótesis supracoronaria acodada. Tras el cierre tuvo hipotensión y desaturación que obligó a abrir nuevamente, administrar adrenalina y choque por FV. Pasó a REA intubada, precisando dobutamina y noradrenalina. Buena evolución, dada de alta 4 meses después, antiagregada con AAS 100 mg (valorando riesgo-beneficio, pues el diagnóstico de AIT no fue firme y había microhemorragias), bisoprolol 2,5 mg/12h; espirolactona 25 mg/d. Tras rehabilitación camina y su función cognitiva es normal. TC control: disección residual en aorta descendente.

Bibliografía

1. Fernández MI, López A. Disección aórtica: 2 casos de presentación atípica. *Semergen*. 2012;38(7):460-3.
2. Bustamante J, Juez M. Síndrome aórtico agudo. *Cir Cardio*. 2016;23(1):38-44.

Palabras clave: Disección aórtica. Accidente cerebral. Mortalidad.