



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/920 - DISECCIÓN AÓRTICA: IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA

C. Marcos Alonso¹, F. Tallafigo Moreno², L. Molinero Delgado¹ y C. Villalba Benavent³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montequinto. Sevilla. ²Médico Residente de Oncología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 65 años, con los siguientes antecedentes: HTA de larga evolución, y enfermedad renal crónica, acude, porque estando dormida, presenta un dolor centrotorácico opresivo irradiado a espalda, independiente del esfuerzo/reposo, de la inspiración profunda y de la digitopresión, acompañada de intenso cortejo vegetativo, que se mantiene constante hasta su llegada al centro de salud donde se le administran metamizol y Ventolin, tras los que refiere ceder parcialmente el dolor. Acude posteriormente al servicio de urgencias hospitalario por persistencia del mismo. Se le administran 2 comprimidos de solinitrina sublingual tras el que refiere disminución considerable del dolor torácico aunque refiere persistir dolor de espalda (sin ser de características mecánicas). No refiere disnea, síncope ni fiebre. En observación no cede el dolor y descienden las cifras tensionales, por lo que se traslada a la unidad de críticos. Se realiza una exploración más exhaustiva y se confirma la ausencia de pulso inguinal a nivel de miembro inferior izquierdo (MII) por lo que se sospecha disección aórtica que se confirma mediante angioTAC, sometiéndose la paciente a intervención quirúrgica urgente. Se coloca un tubo valvulado mecánico. La paciente presenta una buena evolución clínica posterior y es dada de alta con seguimiento en consultas.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 111/60 mmHg FC: 78 lpm. SatO₂: 98%. Eupneica en reposo. Consciente y orientada en las tres esferas. Auscultación limpia. MII: pulso pedio disminuido con respecto al contralateral. Analítica: Cr 2,12 mg/dL. Iones en rango. CPK 71 UI/L, troponina 24 µg/L. Hb 11,3 g/dL. Coagulación en rango. AngioTAC: disección aórtica hasta iliacas.

Orientación diagnóstica: Disección de aorta ascendente tipo A.

Diagnóstico diferencial: TEP. IAM.

Comentario final: La patología aórtica aguda es una situación clínica crítica cuyo pronóstico suele depender de un diagnóstico certero y rápido, así como de la instauración temprana de su tratamiento, por lo que mantener una elevada sospecha del mismo es de vital importancia en la práctica clínica.

Bibliografía

1. Zamorano JL, Mayordomo J, Evangelista A. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en enfermedades de la aorta. Rev Esp Cardiol. 2000;53:531-41.

Palabras clave: Disección de aorta. Dolor torácico. Diagnóstico temprano.