



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/66 - DEL DOLOR BANAL A LA MUERTE INMINENTE

C. Rivilla Doce^a, M.M. Leal Lobato^b, A. Hidalgo Rodríguez^c, D. Rueda Lozano^d, C.A. Fignani Molina^e y A.M. Romero Romero^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almanjáyay. Granada. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartuja. Granada. ^dMédico de Familia. Centro de Salud La Chana. Granada. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartuja. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 49 años de edad, obeso, fumador de 1 paquete diario, bebedor ocasional, taxista, sin tratamiento habitual y que no presenta antecedentes personales conocidos. Acude a nuestra consulta estando previamente bien, por presentar dolor interescapular intenso, sin traumatismo previo, cuando se disponía a conducir su coche. El dolor se irradia a tórax y fosas renales, de comienzo hace 30 minutos y que aún persiste.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 191/99, FC 97, Sat O2 100%. Mal estado general, sentado en la silla de ruedas inmóvil, aparición de síntomas vegetativos en la consulta. Auscultación cardiorespiratoria: Rítmico sin soplos ni extratonos. MV conservado sin ruidos sobreañadidos. Dolor a la palpación de la zona dorsal. Imposibilidad para la movilización del paciente. Empeoramiento del estado general cuando se intenta. Pulsos radiales conservados. Miembros inferiores sin signos de Trombosis ni edemas. Nueva toma de TA 190/110. Se canaliza vía iv y se administra 1 ampolla de metamizol y 1 de dexketoprofeno. Se realiza ECG en el que se objetiva taquicardia sinusal, sin bloqueos ni alteraciones de la repolarización. Se deriva a urgencias hospitalaria para valoración y ampliación de pruebas complementarias. Una vez allí pasa a RCP donde se solicita radiografía de tórax en la que se evidencia ensanchamiento mediastínico. Se interconsulta con radiodiagnóstico para la realización de angioTC toraco-abdomino-pélvico en el que aparece una disección de Aorta aguda tipo B, que comienza distal a la salida de la arteria subclavia izquierda, y que se extiende caudalmente hasta la bifurcación de la aorta abdominal e incluye parte proximal de ambas ilíacas comunes. Se avisa a UCI y Cirugía Vasculat donde ingresa. Al día siguiente de su ingreso el paciente presenta deterioro del estado general y oliguria. Se intervino de urgencia y en el postoperatorio inmediato comienza con diarrea sanguinolenta importante por lo que se decide realización de colonoscopia con toma de muestras que posteriormente fueron positivas para *Acinetobacter baumannii*, y laparotomía exploratoria en la que se descarta isquemia intestinal. Tras 8 días en la UCI, 3 de ellos con sedación, el paciente pasa a planta de Cirugía vascular donde evoluciona favorablemente. Se controló TA con losartán 50 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg c/24h que mantiene al alta como tratamiento habitual junto con ácido acetilsalicílico 100 mg y omeprazol 20 mg.

Juicio clínico: Disección de aorta.

Diagnóstico diferencial: Aneurismas aórticos toracoabdominales no disecados. Isquemia e infarto agudo de miocardio. Insuficiencia aórtica sin disección. Pericarditis aguda. Tumor mediastínico.

Comentario final: Estudios clínicos que han realizado un seguimiento de la disección aórtica tipo B demuestran que el riesgo de rotura aórtica a los 5 años puede llegar a ser del 12-15%. El 25-40% de las pacientes con disección aórtica tipo B requieren tratamiento quirúrgico por progresiva dilatación de la aorta. El dolor como motivo de consulta es muy frecuente. No debemos caer en el error de considerar banal aquello que puede llegar a ser mortal. Una derivación hospitalaria a tiempo y con seguridad puede salvar la vida. El error nunca será derivarlo, en estos casos es mejor pecar de prudente y consultar, que de inconsciente y no molestar. El mayor riesgo de rotura lo tienen los pacientes con una hipertensión arterial no controlada, por lo que es importante aprender a captar pacientes con hábitos tóxicos y FRCV evidentes, si ellos no vienen por su cuenta, al menos intentarlo cuando acudan como acompañantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eagle KA, Quertermous T, Kritzer GA, Newell JB, Dinsmore R, Feldman L et al. Spectrum of conditions initially suggesting acute aortic dissection but with negative aortograms. *Am J Cardiol.* 1986;57:322-6.
2. Slater AA, De Sanctis RW. The clinical recognition of dissecting aortic aneurysm. *Am J Med.* 1976;60:625-33.
3. Zamorano JL, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en enfermedades de la aorta. *Rev Esp Cardiol.* 2000;53:531-41.