



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2208 - NO TODO DOLOR TORÁCICO ES UN INFARTO

M. Serra Labrador<sup>a</sup>, A. Lorente Canoves<sup>a</sup>, I. Lucas Tomàs<sup>b</sup>, C. Pérez Tomás<sup>b</sup>, F.J. Sanz García<sup>c</sup>, I. Jara Calabuig<sup>d</sup>, C. Pérez Ortiz<sup>e</sup>, Á. Collazos Stuwe<sup>f</sup> y E. Marco Francés<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cocentaina. Alicante.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante.

<sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante.

<sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante.

<sup>e</sup>Médico de Familia. Departamento de Salud de Alcoy. Alcoy. Alicante. <sup>h</sup>Médico Adjunto de cardiología. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 73 años acude a urgencias de atención primaria por malestar general desde hace 3 horas acompañado de dolor súbito en hemitórax izquierdo irradiado a brazo y región interescapular, no modificable con cambios posturales, mientras dormía. Cortejo vegetativo. No disnea. Como antecedentes personales: HTA, DM tipo 2, hipercolesterolemia, fibromialgia, síndrome ansioso-depresivo, insuficiencia aórtica moderada-severa y aneurisma aorta torácica descendente. Tratamiento: AAS 100 mg, espirolactona 25 mg, atenolol 50 mg, trazodona 100 mg, omeprazol, candesartan 32 mg, sitagliptina 50 mg, diazepam.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración, se objetiva presión arterial 180/54 mmHg, FC 45 ppm, Saturación O<sub>2</sub> 95% y T<sup>a</sup> 36 °C. Regular estado general. Glasgow 15. Palidez cutánea. Eupneica en reposo. Auscultación cardiaca con tonos rítmicos apagados sin soplo audible y pulmonar normal. Se palpa pulsos centrales y periféricos simétricos. Abdomen anodino. No dolor a la palpación torácica. No edemas ni signos de TVP en extremidades inferiores. Se realiza ECG que objetiva bradicardia sinusal a 45 ppm, eje 30°, sin alteraciones en la repolarización. Al no poder realizar más pruebas complementarias, se deriva al servicio de urgencias hospitalarias (SUH). En el SUH, se repite ECG sin presentar cambios, enzimas cardiacas negativas, CPK normales y radiografía de tórax con elongación de la aorta. Se pauta analgesia sin mejoría del dolor. Dados los antecedentes cardíacos de la paciente se realiza TC torácico con contraste describiendo aneurisma de aorta descendente de 5 cm. de diámetro desde el cual parte una disección de la aorta descendente torácica con una longitud de 7 cm, se visualiza una luz verdadera de 2 cm. de diámetro. Por lo que estamos ante una disección aorta torácica descendente tipo B de Stanford o tipo III de Bakey. Ante los hallazgos, se pauta beta-bloqueante e IECA para el control de la frecuencia cardiaca y presión arterial. Se deriva al hospital de referencia al servicio de cirugía cardiaca, que implanta endoprótesis aórtica.

**Juicio clínico:** El cuadro que se presenta es una disección aórtica tipo B de Stanford o tipo III de Bakey.

**Diagnóstico diferencial:** Cardiopatía isquémica. Pericarditis. Tromboembolismo pulmonar (TEP). Pleuritis. Regurgitación aórtica sin disección. Neumotórax a tensión. Dolor musculoesquelético. Disección aórtica. Taponamiento cardíaco. Hematoma intramural. Úlcera arterioesclerótica penetrante. Tumor mediastínico. Colecistitis. Úlcera péptica o su perforación. Pancreatitis. Perforación esofágica.

**Comentario final:** Cualquier paciente con dolor torácico, realizar buena anamnesis y exploración física y usar pruebas complementarias básicas (como ECG). Si esto no es suficiente habrá que realizar más pruebas de forma seriada. De esta forma, el diagnóstico diferencial va descartando patologías hasta obtener el diagnóstico definitivo. Recordar que existen patologías de riesgo vital (cardiopatía isquémica, TEP, neumotórax, perforación esófago, taponamiento cardíaco y disección aórtica) que hay que descartar en primer lugar. Comentar que, un dolor torácico no siempre equivale a un infarto.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. Document covering acute and chronic aortic diseases of thoracic and abdominal aorta of the adult. *European Heart Journal*. 2014;35,2873-2926.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Elsevier. 2014.
3. Manning Warren J. Clinical manifestations and diagnosis of aortic dissection. Disponible en [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)