



160/570 - OTRO SÍNDROME CORONARIO AGUDO... ¿SEGURO?

J. Ortiz Romero^a, P. Benito Ysamat^b, J.M. Campos Domínguez^c, Á. Abril Fernández-Palacios^d y M.N. Benticuaga Martínez^e

^aMédico Residente de 2º año. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomares. Sevilla.

^bMédico Residente de 4º año. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mairena del Aljarafe. Sevilla. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomares. Sevilla.

^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe. Sevilla. ^eMédico especialista en el área de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 86 años con AP de HTA, Divertículo esofágico y hernia hiatal, que consulta por dolor torácico opresivo irradiado a mandíbula que le despierta en la noche, asociado a cortejo vegetativo. Se le administra NTG sl con mejoría clínica y tras realización de ECG derivamos a su hospital de referencia, en el cual es catalogado de SCASEST, ingresando en planta para tratamiento y estudio con pruebas complementarias. Dándose de alta a los 14 días para manejo conservador por Médico de Atención Primaria debido a su situación basal.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientada. Corazón rítmico con soplo sistólico aórtico III/VI con irradiación a carótidas, buen murmullo vesicular bilateral, sin ruidos patológicos. Abdomen anodino. Pulsos periféricos conservados y simétricos. TA 195/80 mmHg. -ECG: Ritmo sinusal a 80 spm, ligero ascenso de ST en cara anterior (menor de 2 mm). Analítica: tres series dentro de la normalidad, gasometría sin hallazgos, bioquímica normal salvo mínima elevación de troponinas en seriación enzimática (pico de 0,119 ng/mL). Rx tórax: ICT normal, botón aórtico aumentado de tamaño y calcificado. Desplazamiento traqueal a la derecha. Ecocardiografía: aneurisma de aorta ascendente desde raíz con diámetro máximo de 56 mm, con línea de disección que se inicia a 1 cm de la raíz aórtica. FE conservada (58%). TAC tórax C/C: aneurisma de aorta ascendente de hasta 65 mm de diámetro con imagen sugestiva de disección de 22 mm de longitud en pared anterior de la misma con luz falsa de 7 mm de espesor máximo.

Juicio clínico: Aneurisma disecante de aorta ascendente.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo con/sin elevación de ST. Pericarditis. Tromboembolismo pulmonar. Regurgitación aórtica sin disección. Aneurisma aórtico no disecante. Tumor mediastínico. Pleuritis. Colecistitis. Úlcera péptica. Pancreatitis aguda. Perforación esofágica.

Comentario final: El SCA suele ser el principal diagnóstico a descartar cuando nos encontramos con un paciente con dolor torácico. Sin embargo, la necesidad de descartar dicha patología por su importancia y frecuencia, no debe hacernos olvidar otros cuadros agudos igualmente graves como el

que nos ocupa. El aneurisma disecante de aorta suele tener como clínica más específica la dorsalgia o dolor torácico desgarrador, anomalías en la palpación de pulsos periféricos, el soplo aórtico sistólico irradiado a carótidas o cuadros sincopales. En el caso de nuestra paciente, tan solo nos podría hacer sospechar esta patología el soplo irradiado a carótidas, siendo el resto de sintomatología perfectamente solapable a un síndrome coronario agudo típico. Es la necesidad de realizar siempre un correcto diagnóstico diferencial y la realización de pruebas complementarias adecuadas lo que nos puede poner sobre la pista de esta patología tan grave y realizar un tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manning WJ. Clinical manifestations and diagnosis of aortic dissection; UpToDate 2015. [Acceso 29 Mayo de 2015].
2. Nienaber CA, Clough RE. Management of acute aortic dissection. *Lancet*. 2015;385(9970):800-11.
3. Horn B. Chest pain. *Ther Umsch*. 2015;72(1):62-5.
4. Goldfinger JZ, Halperin JL, Marin ML, Stewart AS, Eagle KA, Fuster V. Thoracic aortic aneurysm and dissection. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(16):1725-39.