



160/1465 - PÉRDIDA SÚBITA DE FUERZA Y SENSIBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES EN MUJER DE 72 AÑOS

M.E. Moreno Martín-Vivaldi^a, I. Ortega Bueno^b y S. Rubio Belmonte^b

^aCentro de Salud Zaidín Sur. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 72 años que es traída al Servicio de Urgencias de madrugada por presentar pérdida súbita de fuerza de ambos miembros inferiores. Como antecedentes personales presenta HTA, fibrilación auricular y TVPs de repetición. En tratamiento actual con Sintrom, diltiazem y furosemida. Comenta que al despertarse por la noche para ir al baño, sintió intenso calor por todo el cuerpo, seguido de pérdida de fuerza brusca en ambos miembros inferiores e hipoestesia en los mismos y en abdomen, provocándole caída sin traumatismo craneoencefálico, e imposibilidad para continuar deambulando. No refiere fiebre, ni disnea ni dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias: FC: 74. TA 117/63. Saturación O₂: 96% basal. Exploración neurológica: Glasgow 15/15, PINLA, MOEC, no parálisis facial, no pérdida de fuerza en miembros superiores, claudicación de ambos miembros inferiores con pérdida de sensibilidad de los mismos. ROT abolidos con reflejo cutáneo plantar indiferente. Exploración física: ACR: arritmica, sin soplos, MV conservado, roncus generalizados. Abdomen: blando depresible, globuloso, no doloroso a la palpación generalizada. Murphy y Blumberg negativo. MMII: edemas sin fovea (+/+++). Pulsos pedios conservados. No signos de isquemia aguda. ECG: FA a 73 lpm, no alteraciones agudas de la repolarización. Analítica sangre: destaca INR 2,89, Hb 11,7 g/dl, dímero D > 32. Angio TAC arterias pulmonares: avisan los radiólogos por objetivar hematoma aórtico, por lo que se realiza TAC abdominopélvico. Se descarta TEPA. TAC abdominopélvico: hallazgos sugerentes de hematoma intramural tipo A de la clasificación de Stanford. Infarto renal en polo superior de riñón izquierdo.

Juicio clínico: Disección de aorta tipo A de Stanford.

Diagnóstico diferencial: Aneurismas aórticos toracoabdominales no disecados, isquemia e infarto agudo de miocardio, insuficiencia aórtica sin disección, pericarditis aguda, tumor mediastínico.

Comentario final: La paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados intensivos. Se indicaron medidas generales con ventimask 60% y mantenimiento de TA < 120 mmHg mediante perfusiones de labetalol y nitroprusiato. Falleció a los tres días. La clínica más común de la disección aórtica es la aparición súbita de dolor en cara anterior o posterior del tórax, normalmente en la región interescapular, que se suele describir como muy intenso y con carácter desgarrador que se acompaña de diaforesis. Normalmente migra conforme avanza la disección. Sin embargo, otras formas de presentación de la disección aórtica son el síncope, disnea y debilidad, así como la

hipertensión o hipotensión, asfigmia (desaparición transitoria del pulso), insuficiencia aórtica, edema pulmonar, hemiplejía, hemianestesia o isquemia de la médula espinal (paraplejía), que es el caso de la paciente. Es importante el conocimiento de las distintas formas de presentación de esta patología, para poder detectarla en cualquier ámbito, ya sea en Atención Primaria como en el Servicio de Urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Creager MA, Loscalzo J. Enfermedades de la aorta. Harrison. Principios de Medicina Interna. 18ª ed. Mexico: McGraw-Hill; 2012.
2. Manning W. Clinical manifestations and diagnosis of aortic dissection: UpToDate; 2015.
<http://www.uptodate.com/>