Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2953

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/806 - SEGUNDA VISITA A URGENCIAS

S. García Díez[1], Y. Navarro Rodríguez[2] y M. de Nicolás Valdés[1]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Contrueces. Asturias. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Coto. Gijón. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 71 años, traído a urgencias a las 2 am con intenso dolor en muslo derecho acompañado de sudoración profusa. No clínica cardiológica asociada. Visto el día anterior a las 5 pm por dolor torácico que cedió tras cafinitrina y loracepam, se determinó de perfil no coronario. En radiografía de tórax de esa primera visita a urgencias se aprecia aumento de hilio pulmonar derecho; se cita para TAC preferente. Antecedentes: fumador. Hipertenso. Fibrilación auricular con disfunción ventricular moderada. Dilatación aorta ascendente (49 mm).

Exploración y pruebas complementarias: Sudoroso, pálido. Estable hemodinámicamente. Pierna derecha: ausencia de pulso femoral, relleno capilar alargado; leve impotencia funcional, no alteraciones de la sensibilidad. Resto sin hallazgos. Analítica: dímero D > 5.000 ng/ml. Hemoglobina 11 g/dL (previa de 13,5). Resto normal, incluida troponina. Radiografía de tórax: igual a previa TAC toraco-abdominal: disección aórtica tipo A. Hematoma mediastínico. Disección asociada de arteria pulmonar derecha. Tras consulta telefónica con cirugía cardiaca del HUCA se traslada urgentemente para intervención.

Orientación diagnóstica: Los antecedentes cardiológicos del paciente, la instauración brusca del dolor, su progresión anatómica (primero a nivel torácico y posteriormente en extremidades inferiores) así como la disociación de pulsos femorales deberían ponernos tras la sospecha de un proceso aórtico agudo.

Diagnóstico diferencial: Ante un dolor intenso, de instauración brusca, el diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con el síndrome coronario agudo. Otras causas a descartar, por su gravedad, son el tromboembolismo pulmonar, el taponamiento cardiaco, la perforación esofágica o el neumotórax a tensión.

Comentario final: Actualmente, parte de la labor del médico de familia puede desarrollarse en los servicios de urgencias donde la gran carga asistencial y las largas horas de trabajo jueguen en contra nuestro debido al cansancio físico y psicológico que eso supone. Es importante, especialmente en este caso, entrenar nuestro radar de patología urgente y potencialmente grave, como lo son los síndromes aórticos y la patología coronaria aguda, para identificar mediante los síntomas y signos dichos procesos, y actuar con la rapidez oportuna para ganar así la batalla contra la "dama de negro".

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Urgencia. Disección aórtica.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.