



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-150 - DOCTOR, YO ME ENCUENTRO BIEN, ¿CÓMO ME VOY A MORIR?

S. Falla Jurado, S. Roncero, E. Franco, A. Sánchez de Toro, A. Carrasco y A. Ruiz

CS San Javier.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años, con antecedentes de DM tipo II y flutter auricular con ablación del istmo, acude al Centro de Salud por dolor torácico derivándose a urgencias donde es diagnosticado de dolor mecánico. Vuelve a consultar por somnolencia, confusión, fiebre, debilidad izquierda, bradipsiquia y tendencia al sueño, empíricamente se pauta aciclovir, ceftriaxona y se deriva nuevamente a urgencias con pruebas normales. Se ingresa para estudio. Ante los hallazgos en RM de isquemia se amplía el estudio cardiovascular. Al confirmar disección aórtica de tipo A subaguda se deriva a hospital de referencia donde se interviene quirúrgicamente de urgencia mediante circulación extracorpórea realizándose sustitución de aorta ascendente y resuspensión de válvula aórtica.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. TA: 113/75. T^a: 36 °C. FC: 70 lpm. Poco colaborador. Glasgow 15. PICNR. Bradipsíquico. Tendencia al sueño. RCPFB. ROTS +++/++++. No disimetrías. No focalidad neurológica ni irritación meníngea. Hemograma, bioquímica y coagulación, ECG, TC craneal y PL sin hallazgos. RMN cerebral: lesiones de origen isquémico agudo derechas en sustancia blanca periventricular, corticosubcortical frontal, parietal y temporal. Doppler carotídeo: Estenosis irregular del 30-40% en origen del tronco braquiocefálico y ACC izquierda. Ambas ACC con diámetro disminuido e irregularidad (50-60% aprox). Ecocardiografía: HVI concéntrica. FEVI normal. IAo moderada (III/IV). Válvula aórtica trivalva. Dilatación de aorta ascendente. Placa arteriosclerótica en cayado aórtico. TAC aorta con contraste: Disección aórtica tipo A, con afectación de porción ascendente como descendente, con reentrada craneal a la salida del tronco celiaco. Extensión de la disección hacia troncos supraaórticos, mostrando ambas carótidas internas la luz falsa trombosada y una luz verdadera comprimida muy pequeña, con isodensidad sin contraste iv de ambas. Diámetro aórtico máximo de 46 mm en aorta ascendente.

Juicio clínico: Ictus isquémico agudo en territorio de ACMD de causa inhabitual (disección carotídea). Disección aórtica tipo A.

Diagnóstico diferencial: Intoxicación por opioides, benzodiazepinas o alcohol. Encefalopatía herpética. Crisis comicial. Migraña. Hipoglucemia. Encefalopatía hipertensiva. Tumor cerebral. Trastorno por conversión. SCASEST. SCACEST. Viscera perforada. Isquemia mesentérica. Pancreatitis. Obstrucción intestinal.

Comentario final: Dar importancia a toda la clínica porque por banal o inespecífica que sea, puede enmascarar patología infrecuente pero de gran urgencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medrano MJ, Boix R, Cerrato E, Ramírez M. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España. *Rev Esp Salud Publica*. 2006;80 5-15.
2. Arboix A, Díaz J, Pérez-Sempere A, Álvarez-Sabin J, por el Comité ad hoc del GEECV de la Sociedad Española de Neurología. Ictus: tipos etiológicos y criterios diagnósticos. In Díez-Tejedor E, Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Barcelona: Prous Science/SEN; 2006.
3. Halstead J, Meier M, Etz C, Spielvogel D, Bodian C, Wurm M, et al. The Fate of the Distal Aorta After Repair of Acute Type A Aortic Dissection. *J Thor Cardiovasc Surg*. 2007;133:127-35.
4. Immer F, Aydin N, Lütolf M, Kragenbühl E, Stalder M, Englberger L, et al. Does Aortic Crossclamping During the Cooling Phase Affect the Early Clinical Outcome Of Acute Type A Aortic Dissection. *J Thor Cardiovasc Surg*. 2008;136:1536-40.