Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):25

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2097 - UN CAMALEÓN EN LA URGENCIA

R. López Sánchez[a], E. Abreut Olsen[a], A. Azagra Calero[b], S. Neila Calvo[c], A. Grasun[d], E. Grasun[e], J.J. Parra Jordán[b], B. Lucas Velázquez[f], A. Casal Calvo[g] y G. Herrero Martínez[h]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. [c]Internista. Servicio de Urgencias; [f]Médico Residente de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. [d]Médico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. [g]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. [h]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 77 años, acude al CS por aumento de tamaño de pierna izquierda desde hace 12h. AP: NAMC. HTA, DLP en tratamiento. IQx: mastectomía izquierda por Ca de mama (2004).

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, estable hemodinámicamente. Tª 36,3 ºC, TA 125/80, FC 70 lpm. ACP: rítmica sin soplos, MVC. Abd: no doloroso, no masas ni megalias. EEII izq: aumento de perímetro (3 cm), edema duro hasta raíz de miembro, Homans -, no hipertermia ni eritema local. Laségue/Bragard (-). Pulsos pedio/tibial post no palpables. Escala Wells 2 puntos. Derivamos al Servicio de Urgencias para completar estudio, acudiendo la paciente a la mañana siguiente. Analítica: PCR 0,3 mg/dL, Hb 13,3 g/dL, Dímero D 12.841 ng/mL. Informe de Eco Doppler: edema difuso del tejido celular subcutáneo, sin signos de TVP. Evolución: de regreso del ecógrafo la paciente refiere encontrarse mal, presenta cortejo vegetativo y pierde el conocimiento. Trasladamos a Sala de paradas donde presenta TA 60/40, palidez, mala perfusión distal. Cogemos dos vías periféricas, analítica, iniciamos sueroterapia, IOT y avisamos UCI. En analítica urgente Hb 4 g/dL, transfundiéndose CH sin mejoría. Finalmente la paciente fallece tras shock hipovolémico.

Juicio clínico: Disección ilíaca común izquierda.

Diagnóstico diferencial: TVP. Celulitis. Linfedema. Insuficiencia venosa. Patología musculoesquelética.

Comentario final: 65% de las disecciones localizadas en la Ao ascendente y sólo 5% toracoabdominal distal. Típico en varones > 50 años e hipertensos. 90% se manifiesta con dolor desgarrador y súbito junto con cortejo vegetativo. En nuestro caso presenciamos una clínica atípica, efecto masa sobre paquete venoso iliaco, produciendo clínica insidiosa en lugar de isquemia aguda. Recordar que sospechar esta patología es el primer paso para su diagnóstico y añadir la disección como causa de aumento de perímetro de una extremidad. Pronóstico es fatal y el tiempo clave en la

supervivencia, es importante actuar en cuanto tengamos la sospecha diagnóstica.

Bibliografía

1. Zamorano JL, Mayordomo J. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en enfermedades de la aorta. Rev Esp Cardiol. 2000;53:531-41.
2. Isidre Vilacosta. Síndrome aórtico agudo. Rev Esp Cardiol. 2003;56(S1):29-39.

Palabras clave: *Disección iliaca. Manifestación atípica.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.