



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

423/166 - SOLICITA TROPONINAS HASTA QUE HAGAN PICO, PERO EXPLORA

A. Kramer Ramos¹, A. Núñez Villén²

¹Residente en Centro de Salud Sangonera la Verde (Murcia), ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Joaquin Benlloch (Valencia).

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 57 años que acudió, por segunda intención, al SUH por dolor torácico levemente opresivo. Como antecedentes, HTA en tratamiento y supuesto buen control, ERC grado III y exfumador. Recientemente, sufrió una pleuropericarditis aguda e IC como consecuencia. Clase funcional: NyHA II. El día previo consultó por un cuadro de dolor torácico de características similares pero autolimitado, de unos 20 minutos de duración. Características del dolor: centrotorácico, no opresivo, mal definido, no irradiado, acompañado de leve sudoración y sin asociar náuseas ni vómitos. En SUH, el paciente comenzó con un nuevo cuadro álgico de alta intensidad, sudoración y mal estado general, con caída de la estabilidad hemodinámica.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada: regular estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico. 153/76. 85 lpm. SatO₂: 97%. ACP: Normal. ECG (a su llegada): RS a 80 lpm, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización. Analítica: normalidad. 1º troponinas T 41 pg/ml, 2º T: 54 pg/ml y 3º T: 45 pg/ml. Rx tórax: sin hallazgos. Cuadro álgico torácico: ECG (con dolor): no alteraciones significativas con respecto al previo. 100/60. 115 lpm. 23 rpm. Sat 95%. TAC: disección de aorta ascendente tipo A de Standford que se extiende hasta aorta descendente (suprarrenal) e imagen de pseudoaneurisma en cayado de aorta con signos de rotura. Hemoperitoneo.

Juicio clínico: Disección aórtica ascendente tipo A de Standford.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo, tromboembolia de pulmón, síndrome aórtico agudo.

Comentario final: Ante un dolor torácico de la elevada intensidad debemos descartar las patologías más frecuencias como son el SCA, el tromboembolismo pulmonar y el síndrome aórtico agudo, pues constituyen una importante causa de morbimortalidad. Aunque el SAA sea la patología más infrecuente de las comentadas, es conveniente conocer cuáles son sus principales factores predisponentes y sintomatología habitual para incluirlo dentro del diagnóstico diferencial en un paciente con sospecha inicial de SCA con analítica y troponinas normales. No existen datos analíticos patognomónicos ni diagnósticos de la patología aórtica aguda por eso la historia clínica y la exploración son fundamentales para incluirlos en el diagnóstico diferencial.

Bibliografía

Marroush TS, Boshara AR, Parvataneni KC, Takla R, Mesiha NA. Painless Aortic Dissection. Am J Med Sci. 2017;354(5):513-20.

Mussa FF, Horton JD, Moridzadeh R, Nicholson J, Trimarchi S, Eagle KA. Acute Aortic Dissection and Intramural Hematoma: A Systematic Review. *JAMA*. 2016;316(7):754-63.