



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

327/100 - NO ES INFARTO TODO LO QUE DUELE.

R. Sáenz Ortigosa¹; B. Alonso Gonzalo²; M. Flor Montalvo³; M. Gallardo Arenas⁴; A. Díez Mayayo⁵; C. Arina Cordeu⁶; F. Panadero Riesco⁷.

¹Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Logroño. La Rioja.; ²Médico De Familia. Refuerzo de área de La Rioja.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo. Logroño.; ⁴Médico de Familia. Área de Santo Domingo. La Rioja.; ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo. Logroño. La Rioja.; ⁶Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.; ⁷Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años, fumador 9 paquetes-año, HTA (delapril/manidipino 30/10mg), hipercolesterolemia. Acude andando al CS por dolor centro-torácico opresivo, no irradiado, de aparición súbita e intensa hace 10 minutos mientras estaba de pie tomando un vino.

Exploración y pruebas complementarias: - CS: Afectado, expresión de dolor. Consciente, pálido, sudoroso, frialdad cutánea, eupneico. TA 90/60, FC 50, glucemia 91mg/dl. Pulsos carotídeos simétricos, no IY. ACP normal sin soplos, abdomen anodino. Pulsos femorales presentes, no edemas EEII. ECG: RS a 47, elevación ST AVR, descenso V3-V6 y II, III y AVF. Se administra adiro, solinitrina y SF. Se activa recurso Soporte Vital Avanzado (SVA) para traslado al hospital. - SVA: Se activa Código Infarto y administran ticagrelor. Durante el trayecto presenta empeoramiento con Glasgow 8, TA 74/48, FC 46, SatO2 91%. Precisa O2, atropina, noradrenalina, fentanilo y sueroterapia con mejoría hemodinámica y del dolor. - U.Hemodinámica. Cateterismo: obstrucción de tronco común. Aortografía: disección de aorta tipo A desde raíz que engloba coronaria izquierda y progresa hacia cayado. - UMI: Analítica anodina. AngioTC: disección aórtica tipo A que afecta a troncos supraórticos y se extiende hasta arterias ilíacas. - Traslado U.Cirugía Cardíaca. Exitus intraoperatorio.

Juicio clínico: SCACEST. Shock cardiogénico. Disección aórtica extensa tipo A Stanford y I DeBakey.

Diagnóstico diferencial: Las principales entidades a descartar por cursar con dolor torácico (DT) son: neumotórax, pericarditis con taponamiento cardíaco, síndrome aórtico agudo (SAA), TEP y SCA. El paciente presentaba signos de hipoperfusión que orientaban hacia el shock, ante los hallazgos exploratorios el diagnóstico diferencial se realizaría con entidades causantes de shock cardiogénico (disfunción miocárdica o SAA). La elevación ST en AVR y el descenso generalizado indican isquemia en el tronco coronario, en este caso por progresión de la disección.

Comentario final: El DT es uno de los motivos de consulta más frecuentes en AP, su origen más común en este medio no es cardiovascular (músculo-esquelético, digestivo, respiratorio...) a diferencia del ámbito hospitalario. El DT supone un reto al ser un síntoma presente en patologías con riesgo vital inminente; el MAP deberá distinguir el dolor de probable origen cardiovascular y potencialmente grave que precise derivación urgente. El SAA es la presentación aguda de DT ocasionado por disección, hematoma intramural

o úlcera aterosclerótica penetrante. La disección aórtica aguda (DAA) es una disrupción de la capa íntima del vaso que ocasiona una falsa luz hacia donde pasa la sangre favoreciendo su progresión. Se clasifica en tipo A/B de Stanford y tipo I/II/III de DeBakey, la DAA tipo A es una urgencia quirúrgica y presenta mal pronóstico. El TC es la técnica de elección para el diagnóstico por su exactitud, disponibilidad y rapidez. En el contexto de DT con síntomas de shock cardiogénico es fundamental comprobar la simetría de pulsos periféricos y medir la TA en EESS y EEII para evitar medidas terapéuticas contraproducentes y poder llevar a cabo el tratamiento más adecuado de manera precoz.

Palabras clave: Dolor torácico, diagnóstico diferencial, disección aórtica.

Bibliografía

Córdoba-Soriano JG, Hidalgo-Olivares V, Cambronero-Cortinas E, Fernández-Anguita M. Diagnóstico diferencial del dolor torácico: un caso de síndrome aórtico agudo. *Semergen*. 2014; 40(2):e37-e42.