



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

387/124 - DESCARTAR PRIMERO LO GRAVE

A. Altadill Bermejo¹, J. Villar Ramos², I. Rivera Panizo³, M. Montes Pérez⁴, V. Pérez Villacorta⁵, C. Gracia Alloza⁶

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años con antecedentes de HTA en tratamiento, sin hábitos tóxicos, acude por dolor intenso en epigastrio y retroesternal no irradiado que comenzó bruscamente hace 3 horas, junto con vómitos y sudoración profusa. Asocia también sensación disnea. No presenta fiebre ni diarrea. Acaba de llegar de un viaje de 8 horas en coche.

Exploración y pruebas complementarias: T 36,1, TA 162/100, FC 67, FR 14, SatO2: 98%. Regular estado general, pálido y sudoroso, eupneico. AC rítmica sin soplos. AP buena ventilación bilateral. Abdomen globuloso, blando, molestias a la palpación en epigastrio, no defensa, Murphy negativo. No datos de TVP, pulsos simétricos. Analítica: GPT 56, resto normal (incluyendo troponinas, dímero D, leucocitos y amilasa). ECG y radiografía de tórax normales. Inicialmente se realizó un TAC de aorta para descartar una disección, que mostró una litiasis de 1 mm izquierda con hidronefrosis grado IV. Quedó en observación, al día siguiente empeoramiento clínico con pico febril y focalización del dolor en hipocondrio derecho. En analítica presentaba 22.000 leucocitos y ac protrombina de 47%. Se realiza ecografía abdominal: colecistitis aguda litiásica. Ingresa en Cirugía General para tratamiento.

Juicio clínico: Colecistitis aguda litiásica.

Diagnóstico diferencial: Disección aórtica, TEP, IAM, pancreatitis.

Comentario final: El diagnóstico de disección aórtica se basa en la anamnesis y exploración física, junto con la demostración de daño estructural en las pruebas complementarias. Dada su alta mortalidad debemos estar atentos tanto en Atención Primaria como en los Servicios de Urgencias para detectar datos de alarma. La disección aparece preferentemente en varones mayores de 40 años con historia de HTA, o en personas más jóvenes con trastornos del tejido conectivo. Clínicamente se manifiesta como dolor torácico brusco e intenso que puede desplazarse si progresa la disección. El paciente presenta datos que sugieren gravedad como palidez, sudoración o taquicardia. A medida que la disección afecta a diferentes ramas arteriales se produce ausencia, disminución o asimetría de los pulsos periféricos. En nuestro caso, dada la clínica, el estado general del paciente y la normalidad de las demás pruebas complementarias, se decidió realizar una TAC dirigido a descartar una disección aórtica. Al diagnóstico final de colecistitis no pudo llegarse hasta 24 horas más tarde, cuando la clínica cambió y aparecieron alteraciones analíticas que orientaban a un proceso infeccioso.

Bibliografía

Montero Cabezas JM, Álvarez de Miguel F. Enfermedades del pericardio y síndrome aórtico agudo. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7^a ed. Madrid 2012. p. 325-40.