



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

284/35 - INFART AGUT DE MIOCARDI COM A MANIFESTACIÓ CLÍNICA DE DISSECCIÓ AÒRTICA TORÀCICA AMB RUPTURA ANEURISMÀTICA

N. Prieto Torné^a, J. Giménez Pérez^b i E. Ponsa Aguilera^a

^aMetge Resident de Medicina Familiar i Comunitària. CAP Sant Cugat. Barcelona. ^bMetge Resident de Medicina Familiar i Comunitària. CAP Terrassa Sud. Terrassa. Barcelona.

Resumen

Descripció del cas: Home de 63 anys amb antecedents personals d'ex-hàbit tabàquic, sense altres hàbits tòxics, HTA, FA paroxística anticoagulat amb Sintrom des de 2013, insuficiència aòrtica sobre vàlvula bicúspide coneguts des de 2009 amb dilatació de l'arrel aòrtica de 50 × 42 mm i aneurisma aorta ascendent de 40 × 40 mm amb funció sistòlica conservada des de 2014 que es controla per Cardiologia, últimes mides actualitzades a setembre 2016 segons cardioRMN. Dispnea classe funcional II NYHA i ortopnea de 2 coixins. SAOS des de 2010 amb rebuig a CPAP per intolerància. Goll multi nodular que segueix controls per Endocrinologia. Consulta al CAP per dolor centre toràcic molt intens EVA 10/10 de característiques opressives irradiat a zona lumbar amb vegetatisme associat ha iniciat de forma espontània trobant-se en repòs fa 10 minuts. A l'exploració física es troba hipotens amb signes de infart agut de miocardi extens evidenciat a l'electrocardiograma pel que s'activa codi IAM i s'administra càrrega de doble antiagregació via oral, puff de solinitrina i 3 cc de clorur mòrfic endovenós sense milloria. A l'arribada del SEM es detecta absència de polsos perifèrics amb empitjorament clínic. Donats els antecedents personals d'aneurisma aòrtic toràcic, s'orienta com a possible síndrome aòrtic pel que es procedeix al trasllat hospitalari s'administra sedoanalgesia i es realitza IOT. Posteriorment es detecta activitat elèctrica sense pols iniciant maniobres de RCP avançades fins a l'arribada a l'hospital, amb la orientació diagnòstica de síndrome aòrtica per ruptura d'aneurisma toràcica amb PCR no recuperada se suspenen les maniobres de RCP avançada després de 45 minuts essent èxitus.

Exploració i proves complementàries: TA 70/40 mmHg, FC 80x', SatO2 98% basal; ECG: supradesnivell segment ST a cara antero-lateral alta.

Judici clínic: La família del pacient autoritza la necròpsia i donació multiteixits. Durant el procediment s'observa hemorràgia mediastinal d'uns 500 cc aproximadament i s'identifica aneurisma dissecant de la aorta toràcica ascendent amb ruptura de la paret fet al qual s'atribueix la causa de la mort.

Diagnòstic diferencial: Ruptura aneurisma aòrtic, hematoma intramural, úlcera aòrtica penetrant, infart agut de miocardi.

Comentari final: Resulta complex establir a priori el diagnòstic de síndrome aòrtica aguda sense conèixer prèviament aquesta condició en els antecedents patològics del pacient donada la presentació del dolor poc característic en comparació a d'altres dolors de característiques anginosos. Un dels errors diagnòstics més transcendents és confondre la dissecció d'aorta amb un infart de miocardi, sobretot si s'indica tractament

trombolític. Aquest error es realitza si no es té en compte que l'electrocardiograma evidencia patrons de necrosis miocàrdica en el 10% dels casos i signes d'isquèmia en el 15%. En l'exploració física inicial, s'evidencia hipertensió arterial en el 35% de les disseccions tipus A. El dèficit de polsos en pacients amb dolor toràcic és un signe característic de dissecció d'aorta, però només està present en el 15% dels casos.

Bibliografia

1. Erbel R, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. *European Heart Journal*. 2014;35:2873-926.
2. 3clics. Atenció primària basada en l'evidència [internet] Generalitat de Catalunya: Institut català de la salut [31 de març de 2017; 8 de maig de 2017]. Disponible a:
<http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=601>