



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

## 160/2685 - Es un Síndrome Aórtico Agudo mientras no se demuestre lo contrario

P.R. Gómez Martínez<sup>a</sup>, L. Torres Serrano<sup>a</sup>, K.S. Espejo Reyes<sup>a</sup>, J.M. González Sánchez<sup>a</sup>, R. Roncero Vidal<sup>b</sup>, A.G. Rodríguez Sánchez<sup>c</sup>, S. Gago Braulio<sup>a</sup> y M. Marcos Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. <sup>c</sup>Centro de Salud de Pueblonuevo del Guadiana.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 59 años, con antecedentes de HTA, dislipemia, HDA y tabaquismo. Acude al Centro de Salud refiriendo pérdida de conocimiento de 20 segundos de duración, no movimientos tónico-clónicos, no relajación de esfínteres y completa recuperación. Mientras dormía, le despierta un dolor epigástrico, comienza con cortejo vegetativo y se sincopa durante la micción. Refiere dos episodios similares estudiados por cardiología y diagnosticado de síncopes vasovagales. En consulta comienza con dolor abdominal y torácico irradiado a espalda, pérdida de sensibilidad en miembros inferiores y se sincopa. Es derivado al Hospital de referencia por el 112.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 70/50, FC 100, SatO2: 95, Glucemia: 115. Afebril. Mal estado general. Inquieto, taquipneico. ACP: Rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales. ABDOMEN: Blando, doloroso, no masas ni megalias. Ruidos presentes. ECG: Ritmo sinusal a 100 lpm. Eje izquierdo, PR normal, QRS estrechos, no bloqueos de rama ni alteraciones agudas de repolarización.

**Juicio clínico:** Disección aórtica tipo A. Infarto medular T9. Paraplejía isquémica.

**Diagnóstico diferencial:** Isquémico: dolor retroesternal-precordial irradiado a brazos, mandíbula, espalda que empeora con el ejercicio o con la ingesta y mejora con reposo, NTG sublingual o cloruro mórfito intravenoso. Se pueden asociar síntomas como sudoración fría, náuseas o vómitos. Pruebas complementarias: alteraciones en el ECG (ST/T, Q) y marcadores de daño miocárdico. Pericárdico: dolor retroesternal-precordial que se puede irradiar a cuello o mandíbula que empeora con la respiración y mejora con la sedestación y la inclinación hacia delante. Puede asociarse a respiración superficial y a fiebre. Pruebas complementarias: auscultación cardiaca (roce pericárdico), ECG (elevación difusa del ST), rayos X de tórax (cardiomegalia), ETT (derrame pericárdico). Pleurítico: dolor costal irradiado a cuello que empeora con la respiración y mejora con la respiración superficial y la inmovilización. Se puede asociar a síntomas como disnea (neumotórax) o a fiebre, tos y expectoración (neumonía). Pruebas complementarias: rayos X (neumonía, neumotórax) y analítica general (leucocitosis). Esofágico: dolor en epigastrio irradiado a cuello, espalda o mandíbula que empeora con el decúbito y mejora con antiácidos y NTG sublingual. Se puede asociar a pirosis o disfagia. Pruebas complementarias: ECG (alteraciones inespecíficas de la repolarización). Tromboembolismo pulmonar: dolor agudo irradiado a cuello que empeora con la tos y la respiración. Se puede asociar a disnea, tos y hemoptisis. Pruebas complementarias: ECG (S1Q3T3), angiotAC, Gammagrafía de V/Q. Disección aórtica: dolor en región anterior del tórax irradiado a la espalda que no se

modifica con la respiración. Se puede asociar a síncope, déficits neurológicos y a insuficiencia aórtica. Pruebas complementarias: exploración física (asimetría de pulsos), rayos X de tórax (ensanchamiento mediastínico), TAC. Psicógeno. Osteomuscular.

**Comentario final:** Importante sospechar, ante un paciente con FRC y clínica sugestiva, aún siendo descartado anteriormente, la posibilidad de SAA. La rapidez y pericia en su diagnóstico, marca las diferencias entre la vida y la muerte.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4<sup>a</sup> edición Elsevier. Barcelona. 2010.
2. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias. 4<sup>a</sup> edición, 2012.