Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1374

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1532 - La migración de la disección

M. Avellana Gallán[a], R. Lahoz Abadías[b], E. Nuin Cons[c], R. Regla Marín[d], E.M. Senra de la Fuente[e], S. Lozano Royo[f], M. Royo Blesa[g], C. Pueyo Ucar[a], E.S. Cubero Saldaña[h] y D.A. Ferreras Gascó[i]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. [b]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. [c]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud San Pablo. Zaragoza. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. [e]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. [f]Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Almozara. Zaragoza. [g]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. [h] Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Almozara. Zaragoza. [i]Médico Residente de 2º año. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 60 años, fumador, alergia penicilinas y cefalosporinas. HTA mal controlada. Refiere presíncope con mareo y palidez cutánea, acompañado de dolor torácico izquierdo, lancinante, sin irradiación, hace 8 horas mientras cambiaba una bombilla. Atendido por MAP, no evidenció patología. A las 2h, presenta dolor epigástrico, continuo, transfixivo a escápula y región lumbar, aumentando con cambios posturales e inspiración profunda, por lo que acuden a Urgencias. Se pauta tratamiento analgésico y antihipertensivo, mejorando la clínica.

Exploración y pruebas complementarias: TA 223/98. Normocoloreado y normohidratado. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos, no soplos. Auscultación pulmonar: normoventilación. Abdomen: normal, pulsos femorales presentes. Extremidades inferiores: no edemas, pulsos distales presentes. Espalda: contractura musculatura paravertebral predominantemente lumbar. ECG: ritmo sinusal, 78 lpm, PR normal, eje izquierdo, QRS estrecho, elevación aislada punto J V1-V2 de 2 mm, aplanamiento onda T cara lateral. Analítica sangre: Bioquímica y hemograma normales. D dímero 1.106. Troponina I 0,03 y mioglobina 153,4. Radiografía de tórax: silueta cardiaca límite superior de normalidad, crecimiento aurícula derecha.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Elongación y ateromatosis calcificada aórtica. Ecocardiograma: dilatación progresiva de porción tubular de aorta, hasta 51 mm, imagen en su interior de colgajo intimal con movimiento sincrónico con el latido cardiaco. Disección a nivel de nacimiento de tronco braquiocefálico derecho, con dilatación. TC toraco-abdominal: disección aórtica tipo A, por encima de unión sinotubular, con dilatación fusiforme de aorta ascendente de 52 mm de diámetro. Se extiende al tronco arterial braquiocefálico, ostium arteria subclavia izquierda, aorta torácica descendente y abdominal, hasta ambas arterias iliacas comunes, disecando arteria renal izda. La arteria mesentérica inferior depende de la luz falsa.

Juicio clínico: Disección aórtica tipo A de Stanford.

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía isquémica. Aneurisma aórtico. Pericarditis. Pleuritis. Tromboembolismo pulmonar. Patología musculo-esquelética.

Comentario final: La disección aórtica es una urgencia médica, cuyo pronóstico y supervivencia dependen de un diagnóstico certero y rápido, y de la instauración temprana de tratamiento. Se produce la creación de una falsa luz en la capa media, tras un desgarro intimal de la pared aórtica. El factor predisponente más importantes es la HTA, presente en el 80% de los pacientes. Su incidencia es de 2,6-3,5/100.000 personas-año, con un pico a los 50-70 años, siendo tres veces más frecuente en varones. Se presenta como dolor torácico lancinante migratorio; asociándose a síncope, ACV, IAM, insuficiencia cardiaca, entre otros. Existen dos clasificaciones: Stanford (más empleada; tipos A y B) y DeBakey (tipos I, II y III). El desgarro intimal se localiza con en la aorta ascendente (2/3) con más frecuencia que en la descendente (1/3). Debemos sospecharla con la anamnesis y exploración física, aunque son imprescindibles para su diagnóstico las pruebas de imagen como el ecocardiograma, el TC y la RMN. Todos los pacientes deben mantener tratamiento antihipertensivo y con inotropos negativos, manteniendo controles periódicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nienaber CA, Clough RE. Management of acute aortic dissection. Lancet. 2015;385(9970):800-11.

2. Zamorano JL, et al. Guías de práctica clínica en enfermedades de la aorta. Rev Esp Cardiol. 2000;53:531-41.

3. Vilacosta I. Síndrome aórtico agudo. Rev Esp Cardiol. 2003;56(Supl 1):29-39.

4. Manning WJ. Clinical manifestations and diagnosis of aortic dissection. UpToDate. http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-aortic-dissection?source = search_result&search = disección+aórtica&selectedTitle = 1%7E150

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.