Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1302

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/570 - Otro síndrome coronario agudo... ¿Seguro?

J. Ortiz Romero[a], P. Benito Ysamat[b], J.M. Campos Domínguez[c], Á. Abril Fernández-Palacios[d] y M.N. Benticuaga Martínez[e]

[a]Médico Residente de 2º año. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomares. Sevilla. [b]Médico Residente de 4º año. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mairena del Aljarafe. Sevilla. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomares. Sevilla. [d]Médico Residente de 1[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe. Sevilla. [e]Médico especialista en el área de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 86 años con AP de HTA, Divertículo esofágico y hernia hiatal, que consulta por dolor torácico opresivo irradiado a mandíbula que le despierta en la noche, asociado a cortejo vegetativo. Se le administra NTG sl con mejoría clínica y tras realización de ECG derivamos a su hospital de referencia, en el cual es catalogado de SCASEST, ingresando en planta para tratamiento y estudio con pruebas complementarias. Dándose de alta a los 14 días para manejo conservador por Médico de Atención Primaria debido a su situación basal.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientada. Corazón rítmico con soplo sistólico aórtico III/VI con irradiación a carótidas, buen murmullo vesicular bilateral, sin ruidos patológicos. Abdomen anodino. Pulsos periféricos conservados y simétricos. TA 195/80 mmHg. -ECG: Ritmo sinusal a 80 spm, ligero ascenso de ST en cara anterior (menor de 2 mm). Analítica: tres series dentro de la normalidad, gasometría sin hallazgos, bioquímica normal salvo mínima elevación de troponinas en seriación enzimática (pico de 0,119 ng/mL). Rx tórax: ICT normal, botón aórtico aumentado de tamaño y calcificado. Desplazamiento traqueal a la derecha. Ecocardiografía: aneurisma de aorta ascendente desde raíz con diámetro máximo de 56 mm, con línea de disección que se inicia a 1 cm de la raíz aórtica. FE conservada (58%). TAC tórax C/C: aneurisma de aorta ascendente de hasta 65 mm de diámetro

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

con imagen sugestiva de disección de 22 mm de longitud en pared anterior de la misma con luz falsa de 7 mm de espesor máximo.

Juicio clínico: Aneurisma disecante de aorta ascendente.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo con/sin elevación de ST. Pericarditis. Tromboembolismo pulmonar. Regurgitación aórtica sin disección. Aneurisma aórtico no disecante. Tumor mediastínico. Pleuritis. Colecistitis. Úlcera péptica. Pancreatitis aguda. Perforación esofágica.

Comentario final: El SCA suele ser el principal diagnóstico a descartar cuando nos encontramos con un paciente con dolor torácico. Sin embargo, la necesidad de descartar dicha patología por su importancia y frecuencia, no debe hacernos olvidar otros cuadros agudos igualmente graves como el que nos ocupa. El aneurisma disecante de aorta suele tener como clínica más específica la dorsalgia o dolor torácico desgarrador, anomalías en la palpación de pulsos periféricos, el soplo aórtico sistólico irradiado a carótidas o cuadros sincopales. En el caso de nuestra paciente, tan solo nos podría hacer sospechar esta patología el soplo irradiado a carótidas, siendo el resto de sintomatología perfectamente solapable a un síndrome coronario agudo típico. Es la necesidad de realizar siempre un correcto diagnóstico diferencial y la realización de pruebas complementarias adecuadas lo que nos puede poner sobre la pista de esta patología tan grave y realizar un tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manning WJ. Clinical manifestations and diagnosis of aortic dissection; UpToDate 2015. [Acceso 29 Mayo de 2015].

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

3. Horn B. Chest pain. TherUmsch. 2015;72(1):62-5.

4. Goldfinger JZ, Halperin JL, Marin ML, Stewart AS, Eagle KA, Fuster V. Thoracic aortic aneurysm and dissection. J Am Coll Cardiol. 2014;64(16):1725-39.

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