Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1812

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/253 - Dolor torácico dudoso para cardiopatía isquémica

M.S. Pineda Pérez[a], C. Sevillano Esquivel[b], M. Chacón González[c], M. Muñoz Sanz[d], M.T. López Rico[e], A. Moreno Moreno[d] y T. Pineda Correa[f]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.[b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.[c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.[d]Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.[e]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.[f]Médico Especialista en Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 56 años de edad, con antecedentes personales de HTA, obesidad y fumador, vida sedentaria. El paciente acude a consulta del atención primaria por dolor centro torácico opresivo de varias días de evolución y que ha aumentado en las últimas horas, según nos cuenta se irradia hacia intercostales. Según refiere empeora con la inspiración y el decúbito. Niega fiebre ni cuadro de infección respiratoria en días anteriores. Si nos cuenta recorte de diuresis y edemas en MMII. Según refiere el dolor apareció estando fumando en reposo con cortejo vegetativo sin náuseas ni vómitos. Tras explorarle en consulta se decide derivar a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Sat O2: 96%, TA:150/75. Buen estado general, eupneico en reposo. ACP: rítmico controlado con roncus dispersos variables con las tos. Abdomen: blando, sin timpanismo. Edemas bimaleolares en ambos tobillos. Sin signos de TVP. ECG: RS a 78 lpm, eje izquierdo con imagen de HBRI sin alteraciones agudas de la repolarización. Analítica: leucocitos 13.400, dímero D 1.513, CPK 250, troponina cardiaca 0,03. Se solicita un TAC torácico donde se evidencia disección a nivel de la aorta ascendente con afectación desde la raíz hasta el inicio de las iliacas.

Juicio clínico: Disección de aorta tipo I.

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía isquémica, la pericarditis aguda, la disección aórtica, el tromboembolismo pulmonar, la enfermedad esofágica y la afección osteomuscular.

Comentario final: Finalmente se le intervino para la sustitución de la raíz y aorta ascendente por un tubo valvulado pero el paciente fallece. El dolor torácico es una de las causas más frecuentes de consulta médica en urgencias. Entre las causas de dolor torácico está la patología aórtica y dentro de ella los aneurismas de aorta y sus complicaciones. El síndrome aórtico agudo es una lesión de la pared aórtica que afecta a la capa media. Dicho término incluye la disección de aorta, el hematoma intramural y la úlcera penetrante. Causas comunes de oclusión aórtica incluyen la enfermedad oclusiva aterosclerótica, la oclusión aguda aórtica (embólica/trombótica/disección) y el síndrome aórtico medio (arteritis de Takayasu, hipoplasia aórtica congénita, displasia fibromuscular, neurofibromatosis). El desarrollo del tratamiento endovascular ha significado un nuevo abordaje para el manejo de estas patologías, aportando un posible mejor pronóstico. La mayoría de los aneurismas son silentes, siendo la ruptura la causante de las primeras manifestaciones

clínicas. Sólo en el 5-10% de los casos los pacientes presentan síntomas previos que permiten su detección precoz. El dolor torácico es el síntoma más frecuente. El tratamiento inicial consiste en el control de la presión arterial y el dolor. Los AAT producen dolor retroesternal con frecuencia independiente de la posición o de la actividad, siendo el dolor interescapular más típico del aneurisma de aorta descendente. La prueba diagnóstica de elección es la ecocardiografía transesofágica, pero de urgencia puede usarse la TAC torácica. Los AAT son una enfermedad letal sin tratamiento quirúrgico con una mortalidad del 50% a los 5 años.

BIBLIOGRAFÍA

1 Revilla Martía P, Quintana Martínez I. Aneurisma de aorta torácica ascendente. FMC. 2011;18(2):83-4.

2. San Norberto García EM, Brizuela Sanz JA, Merino Díaz B, Vaquero C. Medicine. 2013;11(45):2669-76.

3. Disección aórtica aguda, lo fundamental de la historia clínica y la exploración física. Cartas Clínicas.

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