



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/72 - Dolor torácico agudo. De la observación al quirófano

M. Muñoz Carril^a, J.L. Almenara Abellán^b, M.V. Martínez de Pinillos Sánchez^c, F.J. Roquette Mateos^d, F. Castaño Membrives^e y E. Navarrete Martínez^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrente I. Valencia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D. Rafael Flórez Crespo. Posadas. ^cMédico Residente de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 56 años, hipercolesterolemia, fumador de 20 cigarrillos/día, deportista, sin AMC ni tratamiento actualmente. Consulta en urgencias por notar de forma repentina; estando en reposo, dolor centrotorácico, opresivo, no irradiado, con sudoración. No palpitaciones, no disnea, no desencadenantes del dolor con cambios posturales ni con respiración, no episodios previos.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, COC, NH y NP. Eupneico en reposo. Saturación O₂: 99%, TA 109/89, FC 62 lpm, afebril. Exploración neurológica: normal. ACR: tonos rítmicos, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. MMII: no edemas ni signos de TVP, pulsos pedios conservados y simétricos. Administran analgésicos con mejoría. Analítica: leucocitos 11.100 con fórmula normal, hemoglobina 17,2 g/d, plaquetas 321.000, glucosa 131 mg/dl, creatinina 0,9 mg/dL, sodio 140, potasio 4,2. Troponinas: 0,001. Coagulación normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 60 lpm, no signos de bloqueo o hipertrofia. No alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía tórax: discreto ensanchamiento mediastínico. Ingresa en observación para seriación enzimática. 2ª determinación: 0,022. Nuevamente refiere dolor centrotorácico, no irradiado, con sudoración y vómitos, de cinco minutos de duración hasta administración de cafinitrina sl. Avisan a cardiólogo, realizándose ETT con imagen compatible de flap en arco aórtico. Solicitándose angioTAC: disección de aorta ascendente (tipo II de Bakey/tipo A de Stanford). Trasladándose al paciente a UCI para vigilancia, pasadas 48 horas, intervienen quirúrgicamente mediante colocación de endoprótesis aórtica.

Juicio clínico: Disección aórtica.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio. Pericarditis aguda. Insuficiencia aórtica sin disección. TEP.

Comentario final: La incidencia de la disección aórtica es entre 5-10 casos por millón de habitante y año. Existen dos clasificaciones en base a la localización anatómica: DeBakey y Stanford. La mortalidad sin tratamiento es altísima. Más de un tercio mueren en la primeras 24 horas. En los servicios de urgencia la valoración de un paciente con dolor torácico agudo supone un reto, cuyas herramientas principales son la historia clínica, exploración física y las pruebas complementarias para un despistaje de patologías que pueden poner en peligro la vida del paciente.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, coord. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4ª ed. Barcelona, Elsevier, 2010.

Palabras clave: Dolor torácico agudo.