



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



212/448 - Dolor torácico típico, no siempre síndrome coronario agudo

C. Fortuny Henríquez^a, A. Fernández Serna^b, L. Gómez Ruiz^c, Á. González Díaz Faes^d, L. de la Fuente Blanco^e, D. Fernández Torre^f, P. López Tens^g, A. Blanco García^h, S. Díez Martínezⁱ y M.J. Arques Pérez^j

^aMédico Residente. Centro de Salud La Marina. Santander. ^bMédico Residente; ^jMédico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^cMédico Residente. Centro de Salud General Dávila. Santander. ^dMédico Residente Endocrinología; ^eMédico Residente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^fMédico Residente. Centro de Salud Centro. Santander. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. ⁱMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 60 años con antecedentes personales de hipertensión y arteriopatía periférica. Acude al centro salud por dolor torácico opresivo retroesternal no irradiado, de alta intensidad acompañado de cortejo vegetativo de más de 20 minutos de duración

Exploración y pruebas complementarias: TA 140/80; FC: 53 lpm; Sat 96%; ACP: rítmico no soplos, buena ventilación bilateral. Abdomen: anodino; ECG: ritmo sinusal 50 lpm, descenso ST en cara inferior; coronariografía: se descarta enfermedad coronaria. Se constata disección de aórtica ascendente con insuficiencia valvular aórtica grave.

Juicio clínico: Disección aórtica.

Diagnóstico diferencial: Dolor torácico que sean potencialmente graves (síndrome coronario grave, aneurismas aórticos toracoabdominales no disecados, insuficiencia aórtica sin disección, TEP, pericarditis aguda, neumotórax, rotura esofágica)

Comentario final: Ante la sospecha de síndrome coronario agudo por la clínica y el ECG del paciente se inició tratamiento con clopidogrel, ácido acetilsalicílico, morfina y oxigenoterapia. Concluimos que antes sospecha de urgencia vital, obviamente es necesario trasladado para realización de cateterismo urgente. La disección aórtica sigue siendo una de las enfermedades más letales y es complicado diagnosticarla desde atención primaria. La hipertensión (80% casos) es uno de los factores predisponentes más importantes no estaba presente (es más común en DA distales). La no ausencia de pulsos y la no auscultación de soplos, (el fallo cardíaco asociado puede apagarlo) en la valoración inicial dificultaron el diagnóstico. Además el electrocardiograma suele ser normal y solo tenía la hipertensión como factor de riesgo cardiovascular. Resumiendo desde atención primaria detectar con rapidez situaciones con riesgo vital ya que el tiempo es imprescindible para la supervivencia.

Bibliografía

1. McGee EC, Pham DT, Gleason TG. Chronic descending aortic dissections. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2005;17:262-7.
2. Eagle KA, Quertermous T, Kritzer GA, Newell JB, Dinsmore R, Feldman L, et al. Spectrum of conditions initially suggesting acute aortic dissection but with negative aortograms. *Am J Cardiol.* 1986;57:322-6.

Palabras clave: *Síndrome coronario. Disección aórtica.*