



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4274 - UN DOLOR TORÁCICO MUY ATÍPICO...

N. Fernández Gervilla<sup>a</sup>, I. Boulosa Pérez<sup>b</sup>, C. Castillo Martín<sup>c</sup>, L. Belalía El Beriri<sup>c</sup> y C. Sánchez Aranda<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Este. Granada. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Centro. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 49 años, dislipémico y fumador de 20 paquetes/año. Acude a consulta de AP por presentar desde hace unos 4 días dolor torácico de perfil atípico (de mayor intensidad en las últimas horas) punzante, que empeora con los cambios posturales, irradiado hacia brazo derecho y zona cervical. Sin acompañarse de cortejo vegetativo, ni disnea ni palpitations ni cuadro febril. Ante la sospecha, se deriva a Urgencias. Durante su estancia en el área de observación, se evidencia un gran deterioro de su estado general, con cifras tensionales altas y situación de oligoanuria con empeoramiento de la función renal. A las 12 horas desde el comienzo del cuadro, inicia un dolor localizado en hipocondrio izquierdo. Además, desarrolla un cuadro de Insuficiencia respiratoria aguda con desaturación por debajo del 85% a pesar de oxigenoterapia a alto flujo, por lo que se realiza TAC toracoabdominal sin contraste y ante los hallazgos, solicitan un angioTC que confirman la existencia de una disección de Aorta. Finalmente, traslado urgente a UCI cardiaca.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes estables. Aceptable estado general, Consciente y orientado, con buena coloración de piel y mucosas. NP y NH. Eupneico en reposo, sin soplos carotídeos. No focalidad neurológica. ACR: normal. Abdomen anodino. Pulsos distales simétricos y presentes en las 4 extremidades. Hemograma: leucocitosis con desviación a la izquierda. Bioquímica: creatinina 1,8. Troponina I 0,09 PCR 179. FeNa+ 0,58 (IRA prerrenal). ECG: RS a 80 lpm, elevación de ST (2 mm) en DI y DII. Rx tórax (cuadro de IRA): patrón congestivo. Ensanchamiento mediastínico. TAC toracoabdominal. AngioTC.

**Juicio clínico:** Disección aórtica tipo A.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome coronario agudo, pericarditis, miocarditis, rotura esofágica, pancreatitis, infección respiratoria aguda, TEP, neumo/hemotórax, pleuritis, osteomuscular, ansiedad.

**Comentario final:** El dolor torácico agudo constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes, abarcando un gran abanico de patologías que pueden variar desde lo más grave a lo más banal. Este caso en concreto, podría considerarse como algo banal inicialmente, sin embargo, la evolución del mismo es lo que diagnóstico definitivo.

## **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

**Palabras clave:** Fumador. Dolor. Oligoanuria.