



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3584 - EL DOLOR ME ATRAVIESA

V. Lumbreras González<sup>a</sup>, J. Capón Álvarez<sup>b</sup>, S. Vidal Rodríguez<sup>c</sup>, L. Fraga González<sup>d</sup>, J. Martínez de Mandojana Hernández<sup>a</sup> y L. González Coronil<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. <sup>d</sup>Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bierzo. Ponferrada. León.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 50 años. No AMC. Fumador de aproximadamente de 30-35 paquetes/año. Sin tratamiento habitual. Refiere dolor centrotorácico repentino de carácter opresivo que irradia a espalda en zona interescapular de 30 min de evolución. También señala dolor en ambas fosas renales de iguales características, todo ello acompañado de sudoración y náuseas.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 36,7 °C. TA: 200/100 mmHg. FC: 85 lpm. Saturación O<sub>2</sub>: 97%. Sudoroso. AC-P: rítmica, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. No masas ni megalias. No soplos. Puñopercusión renal bilateral negativa. Extremidades: no edemas ni signos de TVP. Pulsos presentes. Bioquímica: normal. Troponina I negativa. Hemograma: Hb 16,5 g/dl, hto 48%, leucocitos 18.300 mil/?L, plaquetas 214000mil/?L. Coagulación: normal. Dímero-D: 1,46 mg/L. ECG: ritmo sinusal a 87 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax: sin hallazgos significativos. TAC de aorta: flap que separa dos luces en la aorta indicando disección que nace en la porción descendente del cayado por debajo del nacimiento de la subclavia izquierda y se extiende hasta la frontera entre iliaca externa y femoral común derechas. Se prolonga por tronco celiaco y mesentérica superior ambas permeables. La arteria renal derecha tiene flujo por la luz verdadera y la izquierda por la luz falsa. La perfusión de ambos parece adecuada. La arteria mesentérica inferior tiene flujo por la luz verdadera. Conclusión: disección aórtica tipo III b que se prolonga por iliacas derechas sin evidencia de afectación isquémica de ningún órgano.

**Juicio clínico:** Disección aórtica toracoabdominal tipo III b. Crisis hipertensiva.

**Diagnóstico diferencial:** SCA, pericarditis, neumotórax, TEP, cólico renal, lumbalgia.

**Comentario final:** Ingresó en UCI consiguiendo control de TA con nicardipino en perfusión continua. Para el diagnóstico es fundamental mantener un alto nivel de sospecha dada su alta mortalidad. Requiere un cuadro clínico compatible y una prueba de imagen que confirme la lesión. Factores de riesgo: HTA, trastornos del tejido conectivo y otros: embarazo, tratamiento crónico con inmunosupresores o corticoides, la infección local de la pared aortica o ciertas vasculitis.

## Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid; 2012.

**Palabras clave:** Dolor torácico. Disección aórtica. HTA.