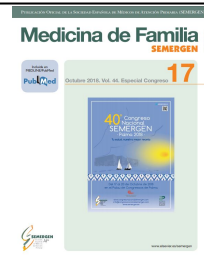




# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/4314 - DISECCIÓN AÓRTICA. DIAGNÓSTICO PRECOZ DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

L. Ortiz Peña<sup>a</sup>, I. Moratinos Recuenco<sup>b</sup>, G. Córdoba Quishpe<sup>c</sup> y S. Manzano Sánchez-Miranda<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estrecho de Corea. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monovar. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 76 años que acude al Centro de Salud por dolor torácico posterior, interescapular, punzante, de aparición brusca, irradiado a MSD, que le ha despertado por la noche, de unas 6 horas de evolución. Se acompaña de sensación de mareo, con náuseas y un vómito escaso. Como antecedentes personales, se trata de una paciente sin alergias medicamentosas conocidas. Hipertensa, dislipémica. Fumadora de 10 cigarrillos diarios. EPOC grado II.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración realizada se objetiva mal estado general. Consciente y orientada. Normohidratada, normoperfundida y normocoloreada. Levemente taquipneica en reposo. AC: rítmica, tonos apagados. AP: MVC con roncus diseminados. ABD: Blando, depresible, levemente doloroso a la palpación difusa. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. RHA +. No soplos. MMII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos palpables. Se realiza ECG: ritmo sinusal a 90 lpm. PR normal. HBAI. BCRDHH con alteraciones secundarias de la repolarización, ya conocido. Presenta FC 88 lpm, FR 23 rpm. SatO2 90% basal. A la hora de tomar la tensión, se objetiva TA en MSD 75/45. Se repite toma en MSI que muestra 156/89.

**Orientación diagnóstica:** Ante la sospecha de síndrome aórtico agudo, se deriva a la paciente al hospital en UVI móvil de forma inmediata.

**Diagnóstico diferencial:** Allí se realiza analítica que resulta anodina salvo dímero D 9.960, troponina 0,0. Rx tórax con cardiomegalia y aumento de hilos pulmonares y botón aórtico. En angioTAC se evidencia disección de aorta tipo A desde raíz de aorta hasta hiato diafragmático sin afectación de troncos viscerales. La paciente fue intervenida quirúrgicamente de Urgencias por Cirugía Cardiovascular mediante cirugía extracorpórea, con reparación del daño y evolución postoperatoria satisfactoria.

**Comentario final:** Una correcta anamnesis y exploración en esta paciente en el Centro de Salud fueron los puntos clave para el diagnóstico precoz de una patología de suma gravedad, que permitió una derivación hospitalaria inmediata, para tratamiento de la misma, salvando la vida de la paciente.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Vázquez Lima M, Casal Codesido, J. Guía de actuación en urgencias.

**Palabras clave:** Disección aórtica.