

347/3091 - LA AORTA TAMBIÉN IMPORTA

M. Galán Berasaluce^a, L. Gainza García^b, S. Gil García^c y R. Provencio Hernando^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Brihuega. Guadalajara. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^dMédico de Familia. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años con AP de miocardiopatía dilatada, IM grado II, TVS vena safena derecha 2011, TVP proximal MID 2012, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado que se irradia en cinturón hacia la espalda, que le despierta por la noche y que va aumentando de intensidad. Refiere estreñimiento de 3 días de evolución. Se administra enema con sonda rectal que resulta efectivo, presentando en una deposición rectorragia, por lo que se solicita TAC abdominal. Se administra sueroterapia, analgesia, y trasfusión sanguínea. Se deriva a Cirugía Cardiaca.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 127/88 mmHg. FC: 88 lpm. Afebril, SatO2: 96% basal. REG. Taquipneica. ACP normal. Abdomen: RHA+. Distendido, blando, doloroso a la palpación generalizada especialmente en FID e hipogastrio. No signos de irritación peritoneal. Rx tórax normal. Rx abdomen: abundantes heces en marco cólico distal que condicionan dilatación proximal de colon de hasta 10 cm. TC de abdomen sin contraste: disección de aorta tipo A que se extiende a los TSA que se extiende caudalmente hasta ambas iliacas afectando al origen de ambas.

Orientación diagnóstica: En un principio se pensaba que el estreñimiento podría ser la causa del cuadro dadas las pruebas complementarias, pero la rectorragia es lo que llamó la atención para el diagnóstico diferencial.

Diagnóstico diferencial: Causas intraabdominales (isquémicas, obstructivas, infecciosas...) y extrabdominales (torácicas, metabólicas, tóxicas, hematológicas, neurológicas, vertebrales)

Comentario final: En la disección aórtica se crea una falsa luz en la capa media de la pared aórtica. Se clasifica según Stanford en tipos A y B según la aorta ascendente esté afectada o no por la disección, respectivamente. DeBakey diferencia entre el tipo I cuando la aorta ascendente y descendente están afectadas, tipo II sólo aorta ascendente y tipo III cuando sólo se afecta la aorta descendente. En algunos casos existen fistulas aortoentéricas primarias, siendo el segmento más frecuentemente involucrado en el aparato digestivo el duodeno (80%).

Bibliografía

- Montoro MA, Casamayor Me. Dolor abdominal agudo. Universidad de Zaragoza.

Palabras clave: Dolor abdominal. Aorta.