



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3512 - DORSALGIA SÚBITA E INTENSA. LA IMPORTANCIA DE CONSIDERAR LA DISECCIÓN AÓRTICA

R. Anillo Gallardo^a, A. Olivares Loro^b, A. Carabot Ramírez^c y M. Curado Mateos^d

^aMédico Residente de 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. Cádiz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Pece. Cádiz. ^cMédico Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. Cádiz. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón 54 años, HTA. DM2 en tratamiento con ADO. I renal con FG 45 ml/min m². Masa retroperitoneal de 6cm de diámetro en estudio por Med. Interna (fibrosis retroperitoneal vs tumor tejido conectivo). Aneurisma de aorta torácica de 3,8 cm, en seguimiento por C. Vascular. Tratamiento habitual: enalapril 20 mg/24h. Metformina 1 g/24h + linagliptina 5 mg/24h. Acude a Urgencias Hospitalarias por dorsalgia brusca, localizada en región paraescapular con irradiación hacia región esternal. Se intensifica con los movimientos. En ECG: RS 76 lpm sin alteraciones en la repolarización. Analítica sin alteraciones. TA: 150/86. Rx tórax: Imagen de dudoso acuñamiento vertebral dorsal. Permanece en observación y es dado de alta como dorsalgia mecánica con tratamiento antiinflamatorio y relajante muscular. Acude a nuestra consulta al día siguiente con el informe de Urgencias pero mantenía el dolor.

Exploración y pruebas complementarias: Impresiona de regular estado general. COC. NHYNP. Eupneico. TA: 140/76 mmHG.AC: tonos puros, rítmicos y sin soplos. MVC no estertores ni ruidos sobreañadidos. Dolor a la palpación de apófisis espinosas dorsales. No lesiones en piel. Abdomen: blando y depresible. No palpo masa pulsátil. MMPI: no edemas, noTVP. Pulsos distales débiles, simétricos.

Orientación diagnóstica: El mal estado general del paciente, los antecedentes de aneurisma aórtico, la HTA y los pulsos débiles distales fue lo que nos hizo contactar en el mismo acto con el control médico de Urgencias Hospitalarias. Se constata en TAC torácico: disección aorta torácica Stanford A tipo I, 4,7 cm. El paciente ingresa en UCI para monitorización de TA, FC, PVC, diuresis y presión capilar pulmonar. Pendiente de intervención por C. Vascular.

Diagnóstico diferencial: Infiltración tumoral cuerpo vertebral, pericarditis aguda, insuficiencia nótica sin disección, tumor mediastínico.

Comentario final: La disección aórtica se caracteriza por la creación de una falsa luz en la capa media de la pared aórtica. Afecta a pacientes entre la quinta y séptima décadas de la vida, siendo más frecuente en varones (3/1). El síntoma más frecuente es el dolor severo, inicio súbito, desgarrante, pulsátil, migratorio, siguiendo el sentido de la disección. Es obligado hacer hincapié en la importancia del alto índice de sospecha, e instaurar tratamiento médico en el menor tiempo posible, siendo esto factor condicionante del pronóstico.

Bibliografía

1. Zamorano J, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en enfermedades de la aorta. Rev Esp Cardiol. 2018.

Palabras clave: Disección de aorta. Aneurisma de aorta. Dorsalgia súbita.