

424/2234 - DOLOR TORÁCICO Y CAMBIOS ELÉCTRICOS. ¿SÍNDROME CORONARIO?

C. Aguayo Sánchez¹, Y. Domínguez Fernández¹ y D. Casado Gómez²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Valme. Sevilla. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años con los siguientes antecedentes: hipertenso en tratamiento con enalapril 10 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg, dislipémico en tratamiento con gemfibrozilo y déficit leve del Factor-XII. Acude a urgencias del centro de salud por síntope brusco con recuperación y dolor centrotorácico posterior, lacinante/opresivo.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, pálido, sudoroso, pulsos distales presentes y simétricos, tensión arterial 80/50 mmHg, FC 60 spm, eupneico, saturando al 95%. ECG en ritmo sinusal, con ondas T negativas en cara lateral (no descritas). Se decide derivar al servicio de urgencias del hospital, como sospecha de síndrome coronario agudo. A su llegada al mismo, se solicita TC tórax-abdomen urgentes, para descartar SAA (síndrome aórtico agudo), ya que no concordaba la exploración con los mínimos cambios en el ECG. Analítica con TnT-us 24 ng/dl [14], creatinina 2,36 mg/dl resto normal. Informe radiológico: úlcera penetrante de aorta ascendente, hematoma periaórtico y derrame pericárdico de 3 cm. Ecografía transtorácica: derrame pericárdico grave sin datos de taponamiento. Se deriva a UCI de hospital de referencia pendiente de cirugía cardiovascular emergente.

Orientación diagnóstica: Síndrome aórtico por úlcera penetrante de aorta. Se realiza exéresis de aorta ascendente y reparación mediante tubo supracoronario. La evolución postoperatoria fue tórpida, presentando el paciente bajo nivel de conciencia tras despertar anestésico. Al día siguiente, mantuvo bajo nivel de conciencia, se realiza TC-cráneo urgente, objetivando estenosis crítica de ambas cerebrales medias. Durante su estancia en UCI, se mantuvo con similar situación, realizando TC-cráneo control donde se observan focos de infartos isquémicos bilaterales en varios niveles. Finalmente, se informa a la familia sobre el mal pronóstico a corto plazo por el daño neurológico grave.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo.

Comentario final: Dada la alta mortalidad del SAA, es importante que el clínico mantenga un alto nivel de sospecha para conseguir su diagnóstico. Un ECG sin datos de isquemia aguda, junto con un dolor torácico intenso debe hacernos sospecharlo. Además, los datos de gravedad en la exploración y el síntope, apoyaban aun más el mismo.

Bibliografía

1. Manning JW, Black J H, et al. Overview of acute aortic dissection and other acute aortic syndromes [Internet]. Whitcomb (MA). Upodate; 2019. [acceso julio 2019]. Disponible en: www.uptodate.com.

Palabras clave: Úlcera penetrante aorta. Síndrome aórtico agudo.