



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/743 - NO ES LO QUE PARECE. REFLEXIÓN SOBRE UN CASO

A. Valdor Cerro¹, S. López Santos², Y. Rodríguez González³ y D. Simarro Díaz³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cabezón de la Sal. Cantabria. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D^a. María Fernández Pérez. Los Corrales de Buelna. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón 43 años. Refiere dolor epigástrico hace 3 horas, tipo cólico, con irradiación hacia hipocondrio derecho. No vómitos ni diarrea. Sin fiebre. Ha tomado paracetamol con mejoría parcial del dolor. AP: HTA. DLP. Disección aórtica tipo B de Stanford. Lesión medular secundaria a cirugía de endoprótesis aórtica en 2017. En tratamiento con AAS 100, atorvastatina 40, bisoprolol 2,5, candesartán 8.

Exploración y pruebas complementarias: TA 170/90. FC 72. AC rítmica, sin soplos. AP normal. Abdomen doloroso en hipocondrio derecho, con cierta defensa. Murphy dudoso. Resto normal. ECG: RS a 70 lpm. Sin alteraciones. Veo ecografía abdominal de hace 6 meses: "vesícula con imágenes litiasicas, de hasta 15 mm de diámetro". Administrado metamizol 2 g por vía IV en el CS y tras 1h evolucionando, el paciente refiere mejoría, por lo que doy alta.

Orientación diagnóstica: Cólico biliar no complicado. A las 48h el paciente acude al servicio de urgencias. Esta vez refiere dolor en epigastrio muy intenso a pesar de la analgesia. TA 178/100, sudoroso, pálido. Abdomen con intenso dolor en epigastrio, dudoso peritonismo. Analítica (bioquímica, hemograma y coagulación) totalmente normal. Se contacta con C. General para valoración dada la sospecha de complicación vesicular y en espera para ser atendido el paciente sufre parada cardiorrespiratoria. Se inician maniobras de RCP sin éxito. En TAC postmortem: "rotura de aorta torácica periprotésica". Diagnostico final: aneurisma roto de aorta torácica.

Diagnóstico diferencial: Patología abdominal: perforación úlcera gástrica, cólico biliar/colecistitis, pancreatitis... Patología cardíaca: IAM, disección aórtica, pericarditis...

Comentario final: Reflexionando, el paciente acude por dolor abdominal que en un primer momento parece sencillo de enfocar: en hipocondrio derecho, se alivia con analgesia y tenemos certeza de litiasis vesical en una prueba previa. No obstante, los antecedentes del paciente debían poner en alarma sobre lo que estaba pasando realmente. Se trataba realmente de episodios de dolor "centinela" a la rotura de aorta, que ya presentaba (colocada una endoprótesis en 2017) y estaba en control por CCV. Muy importante el dolor epigástrico ya que patologías de origen cardiovascular se reflejan ahí, por lo que debe encontrarse en el diagnostico diferencial desde un primer momento en todo paciente.

Bibliografía

1. Bibiano Guillén C. Manual de urgencias. AstraZeneca, 2011.

Palabras clave: Disección. Aneurisma.