

349/21 - DORSALGIA SÚBITA NOCTURNA EN PACIENTE ACATARRADO

A. González Albert¹; T. Gil Pérez¹; I. Pérez Valero¹; K. Magdalena Bethencourt²; P. Soria Candela²; I. García de León Sánchez¹.

¹Médico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Murcia.; ²Centro de Salud Mariano Yago. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años, con cuadro catarral desde hace 2 días que consulta a su médico de familia pautándosele tratamiento sintomático. Esa tarde presenta dolor torácico, valorado en urgencias, descartándose patología urgente. Dos días después acude a su centro de salud por dorsalgia interescapular súbita que le despierta de madrugada, de unas 2 horas de duración, que cede espontáneamente, sin precisar tratamiento analgésico.

Exploración y pruebas complementarias: En consulta asintomático, estable hemodinámicamente (normotenso, saturación de oxígeno del 97%), auscultación cardiopulmonar normal, sin focalidad neurológica. Antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento y buen control, fibrilación auricular anticoagulada con sintrom y en seguimiento por cardiología. Se remite al servicio de urgencias ante dada la sintomatología para descartar patología cardíaca y completar estudio con pruebas complementarias. Analítica; bioquímica y coagulación: normales, incluyendo enzimas cardíacas. Radiografía de tórax: destaca botón aórtico prominente, cardiomegalia a expensas de cavidades izquierdas. TAC toraco-abdominal con y sin contraste: ateromatosis difusa, no evidencia aneurismas. Visualización de una imagen lineal en la raíz aórtica compatible con disección, así como la impresión de una colección semilunar hiperdensa rodeando la aorta ascendente, compatible con tipo A, no apreciándose afectación del cayado ni de los vasos que emergen de él, ni alteraciones en la descendente ni en la aorta abdominal. Durante el periodo de observación permanece asintomático y hemodinámicamente estable, y se procede a su traslado (junto con dos concentrados de hematíes) al hospital de referencia regional para ingreso en UCI y valoración por Cirugía Cardiovascular.

Juicio clínico: Disección en aorta ascendente tipo A.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial debemos establecerlo con: Aneurismas aórticos toracoabdominales no disecados, isquemia e infarto agudo de miocardio, insuficiencia aórtica sin disección, pericarditis aguda y tumor mediastínico.

Comentario final: Se trata de un diagnóstico vital para el paciente, puesto que tras el establecimiento del cuadro, se ha estimado que sin tratamiento quirúrgico, más del 50% fallece en las 2 primeras semanas y podría haber un 10-20% de supervivientes a medio-largo plazo. Los objetivos quirúrgicos se dirigen a reinstaurar el flujo a través de la luz verdadera, eliminar el desgarro (rotura) principal, y restablecer la anatomía de la raíz y la competencia de la válvula aórtica.

Bibliografía

Albarova, OG. Dissección de aorta tipo A. Fisiopatología, clínica, estrategias diagnósticas y terapéuticas. Cirugía Cardiovascular. 2015; 22(6): 325-329.

Vázquez, A. Técnicas quirúrgicas en disección aórtica tipo A. Cirugía Cardiovascular. 2016; 23 (1):45-49.