

VARÓN CON DOLOR TORÁCICO DE UNA SEMANA Y CRISIS HIPERTENSIVA

Miguel Ángel Baena López; Soraya Muñoz Troyano; Pablo Sánchez-Praena Sánchez; Diego Agustín Vargas Ortega; Pilar Arévalo López; Teodoro Gómez Rodríguez

INTRODUCCIÓN

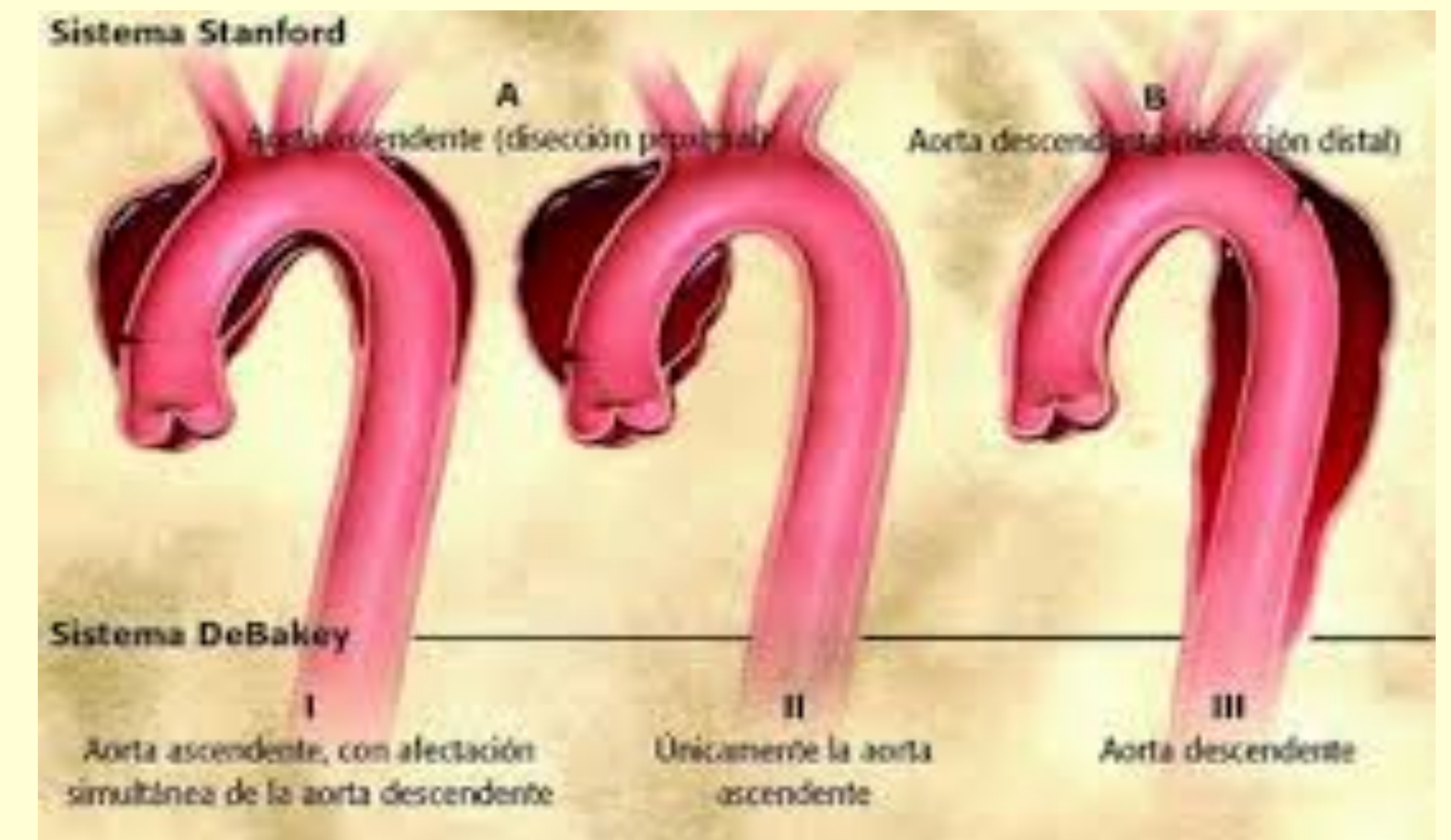
La disección aórtica en una emergencia vital asociada a una tasa elevada de morbi-mortalidad. El 21% de los pacientes muere antes de ingresar en el hospital. El diagnóstico de disección de aorta es difícil por su variedad de presentación clínica y la rapidez de complicaciones.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO:

Varón de 47 años de edad, con AP de hipertensión arterial, prótesis valvular aórtica mecánica ex-adicto a drogas por vía parenteral. En tratamiento con sintrom y metadona. Refiere dolor centrotorácico punzante, irradiado a ambos hombros de una semana de evolución, motivo por el cual acude a urgencias. Durante su estancia presenta cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, hemoptisis y sudoración profusa.

El paciente fue ingresado en unidad de cuidados intensivos, se inició tratamiento con nitroprusiato para control de cifras tensionales y vitamina K intravenosa ya que el INR estaba elevado. La presencia de dolor centrotorácico persistente con cifras tensionales elevadas hicieron sospechar disección aórtica, que fue confirmada en angioTAC (disección aórtica tipo A). Posteriormente se le implantó una prótesis aórtica ascendente.

Actualmente sigue revisiones en consultas externas.



ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

La importancia del caso radica en el reconocimiento del dolor torácico, en una persona joven, con antecedentes personales que podían hacer sospechar otro tipo de origen como el coronario, o incluso por qué no, de tipo ansioso, y que con una buena historia clínica y apoyados en las pruebas complementarias precisas nos permiten abordar una patología tan importante y potencialmente mortal, que cualquier demora podría acarrear un desenlace bastante más infausto.

Por eso siempre hay que hacer buenos diagnósticos diferenciales y precisos de patologías tan ambiguas como la anteriormente descrita.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alcázar de la Ossa JM. Crisis hipertensivas. Hipertensión. 2000; 17: 149-153
2. Tumlin JA, Lohavichan V, Hennigar R. Crescentic, proliferative IgA nephropathy: clinical and histological response to methylprednisolone and intravenous cyclophosphamide. Nephrol Dial Transplant. 2003; 18: 1321-1329.
3. Strandgaard S, Paulson OB. Cerebral blood flow and its pathophysiology in hypertension. Am J Hypertens. 1989; 2:486-492.