

Segueix el teu instint

Naila Canadell⁽¹⁾; Neus Robert⁽²⁾; Guillem Guix⁽³⁾; Diego Tovar⁽⁴⁾

⁽¹⁾Metge Resident Medicina Familiar i Comunitària Metropolitana Nord,

⁽²⁾Metge Adjunt Servei d'Urgències, ⁽³⁾Metge Resident Medicina Interna, ⁽⁴⁾Metge Resident de Radiologia Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Nom autora: Naila Canadell

Lloc de treball: Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: nailacandell@gmail.com

Forma citació: Canadell N, Robert N, Guix G, Tovar D. *Segueix el teu instint*.

ReMUE.c@t 2020;7(2):38-40

Motiu de consulta.

Omàlgia dreta mentre estava jugant a pàdel.

Antecedents personals rellevants.

No al·lèrgies medicamentoses conegudes. No hàbits tòxics. Antecedents patològics:

- Hipertensió arterial en tractament amb Enalapril.
- Nefrectomia per hipernefoma amb funció renal normal.

Malaltia actual.

Home de 65 anys que acut a urgències de traumatologia per omàlgia dreta mentre estava jugant a pàdel. En l'anamnesi dirigida, el pacient refereix dolor a l'espatlla dreta i hemitòrax dret després d'haver realitzat un mal gest mentre jugava. EVA 8/10. Donat el dolor, s'inicia tractament analgèsic endovenós intensiu. Després de 7h amb tractament endovenós amb AINEs, metamizol, paracetamol i mòrfics persistia el dolor. És per això que avisen a la guàrdia de medicina per revalorar al pacient.

A la valoració per medicina el pacient porta a urgències 7h amb el tractament analgèsic intensiu. Aquest impressió de dolor intens. Inicialment localitzat a espatlla i que posteriorment irradia fins a hipocondri dret de característiques variants. No clar empitjorament del dolor amb la mobilització. Nega nàusees o vòmits, diarrea, dispnea, clínica infecciosa, clínica d'insuficiència cardíaca o altra clínica acompanyant.

Exploració física.

Constants: Hemodinàmicament estable, saturant correctament i afebril.

Pacient amb regular estat general. Pal·lidesa mucocutània i diaforètic. A l'auscultació cardiopulmonar presenta tons cardíac regulars sense bufs ni freqs i murmuri vesicular conservat sense sorolls sobreafegits. Abdomen depressible, no dolorós a la palpació, sense masses ni megàlies. Peristaltisme conservat i sense signes de peritonisme. Signes de Murphy i Blumberg negatius. Extremitats mal perfoses, amb polsos febles i simètrics.

No dolor a la palpació de musculatura cervical, espatlla ni tòrax anterior, no limitació de la mobilitat de les extremitats.

Proves complementàries realitzades a Urgències.

Electrocardiograma (ECG): RS a 60lpm, PR 120ms, aQRS 60°, QRS 0.12s, sense alteracions en la repolarització.

Analítica: Hemograma: Leucòcits 14.2x10⁹/L, Hb 15.9g/L, Htc 50.3%, plaquetes 150x10⁹/L. Bioquímica: Glucosa 110mg/dL, urea 82mg/dL, Creatinina 1.8mg/dL, Na⁺ 136mmol/L, K⁺ 4.5mmol/L, bilirrubina 1.26mg/dL, ALT 42U/L, amilasa 93U/L, PCR 3mg/dL, CK 478U/L, Troponina I US 6.2pg/mL.

Radiografia de tòrax: índex cardio-toràcic conservat. No infiltracions parenquimatoses pulmonars. No embassament pleural. No signes d'insuficiència cardíaca. Lleu engruiximent hilar bilateral. *Veure imatge 1.*

Radiografia d'abdomen: aire i femta en marc còlic sense signes d'oclusió intestinal.

Diagnòstic diferencial a Urgències.

Davant un pacient de mitjana edat, únicament hipertens i monorrè, que presenta dolor a espatlla dreta que no respon a tractament analgèsic, malestar general amb diaforesis i extremitats mal perfoses el ventall diagnòstic és ampli:

L'**infart agut de miocardi** és una de les primeres entitats a plantejar, tot i que no és un dolor toràcic típic, s'ha de descartar. En el nostre pacient les troponines eren negatives i l'ECG no presentava alteracions. Així mateix també descartariem la **pericarditis aguda** per absència de concordança amb la clínica i les exploracions complementàries.

Un altra entitat seria **dolor musculoesquelètic** a nivell de manegot dels rotadors, donat que el dolor s'inicia mentre estava realitzant exercici. No obstant, no presenta impotència funcional de l'extremitat dreta,

limitació de la mobilitat ni empitjorament del dolor amb la palpació, pel que sembla poc probable.

El dolor no és de característiques pleurítiques i la radiografia de tòrax no presenta alteracions rellevants, com per pensar en un **embassament pleural**.

El tromboembolisme pulmonar podria ser una altra entitat a tenir en compte, ja que sovint la seva simptomatologia és abigarrada, però el pacient no presentava dispnea, taquicàrdia ni alteracions en l'ECG.

Una **colangitis** sembla poc probable per absència d'alteracions analítiques del perfil hepàtic/colestàtic, elevació de reactants ni febre, així com una exploració poc suggestiva.

En aquest punt del procés diagnòstic, en què totes les exploracions complementàries resultaven normals i el pacient es mantenia hemodinàmicament estable, ens podríem plantejar que no té res greu i donar-lo d'alta. No obstant això, impressiona de malestar general, pel que es fa una reavaluació de tot el que s'ha fet fins al moment. En això, s'aprecia en la radiografia de tòrax una lleu elongació aòrtica, la qual cosa fa plantejar una nova entitat clínica a descartar, la **síndrome aòrtica aguda**.

Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'Urgències.

Davant la sospita de síndrome aòrtica aguda, es realitza pressa de tensió arterial en ambdues extremitats que no presenta diferències significatives. S'amplia l'analítica amb D-dímer que és de 4.580 µg/L. Es demana una tomografia computeritzada (TC) amb contrast toràcic i abdominal i s'avisava a la guàrdia de cardiologia perquè valori al pacient.

Durant la realització de la TC el pacient presenta episodi d'hipotensió simptomàtica pel que es manté a Urgències a l'àrea de Semicrítics. Ens informen des de radiologia del resultat provisional de la TC que evidencia una dissecció aòrtica toràcica tipus A amb afectació valvular i extensió de la dissecció fins aorta abdominal infrarenal. *Veure imatge 2.*

Per inestabilitat hemodinàmica se li realitza ecocardiografia a preu de llit, on objectiven taponament cardíac sever.

El pacient és portat a quiròfan per intervenció quirúrgica emergent. A l'inici de la intervenció presenta parada cardiorespiratòria sense èxit en la reanimació sent finalment èxitus.

Diagnòstic final.

Dissecció aòrtica toràcica de tipus A

Discussió

La síndrome aòrtica aguda engloba un conjunt de processos que són: la dissecció aorta, l'hematoma intradural i l'úlcera penetrant, entre les quals tenen la mateixa clínica, tractament i pronòstic. La clínica característica és un dolor toràcic sobtat, intens i esquinçant, que es pot irradiar a espatlla, coll o

abdomen. Es pot acompanyar d'altres símptomes com afectació neurològica, IAM, afectació funció renal... La dissecció d'aorta presenta diferents classificacions, la més útil des del punt de vista clínic és la Stanford. Trobem: la tipus A que comporta afectació de l'aorta ascendent i la tipus B que és aquella que no afecta l'aorta ascendent. Aquesta classificació comporta un valor pronòstic. La tipus A té una mortalitat altíssima (amb o sense tractament mèdic), entre 1-2% per hora durant les primeres 24-48h i hospitalària del 74%. El tractament és quirúrgic. Per altra banda, la tipus B té una mortalitat menor, del 10-30%, i el tractament en mèdic.

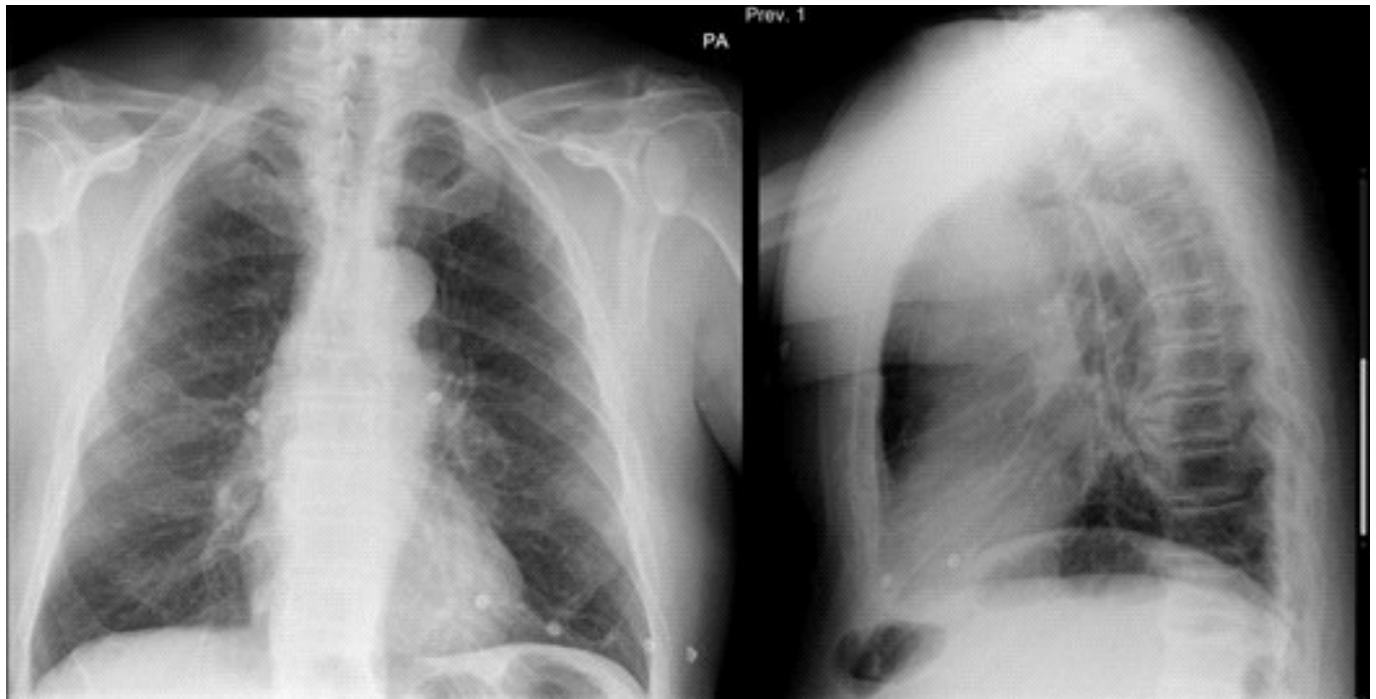
La importància d'aquest cas recau en el fet que la pràctica clínica molts cops s'acompanya d'un component que va més enllà de l'acte mèdic. Aquest pacient va ser valorat per diferents metges de diverses especialitats (traumatologia i medicina d'urgències) que tot i no obtenir cap resultat alterat en les exploracions complementàries sol·licitades, van persistir en cerca d'alguna patologia potencialment greu donat que el pacient presentava símptomes que feien sospitar-la.

És per això, que amb aquest cas es vol remarcar que gràcies a seguir aquesta impressió i a seguir buscant una explicació mèdicament vàlida al que els hi passa als nostres pacients es va poder arribar a un diagnòstic i a intentar un tractament, tot i que el resultat no fos el desitjat. En aquest cas malauradament no es va poder evitar la mort del pacient, ja que la mortalitat inicial de la patologia que presentava era altíssima, com ja hem comentat.

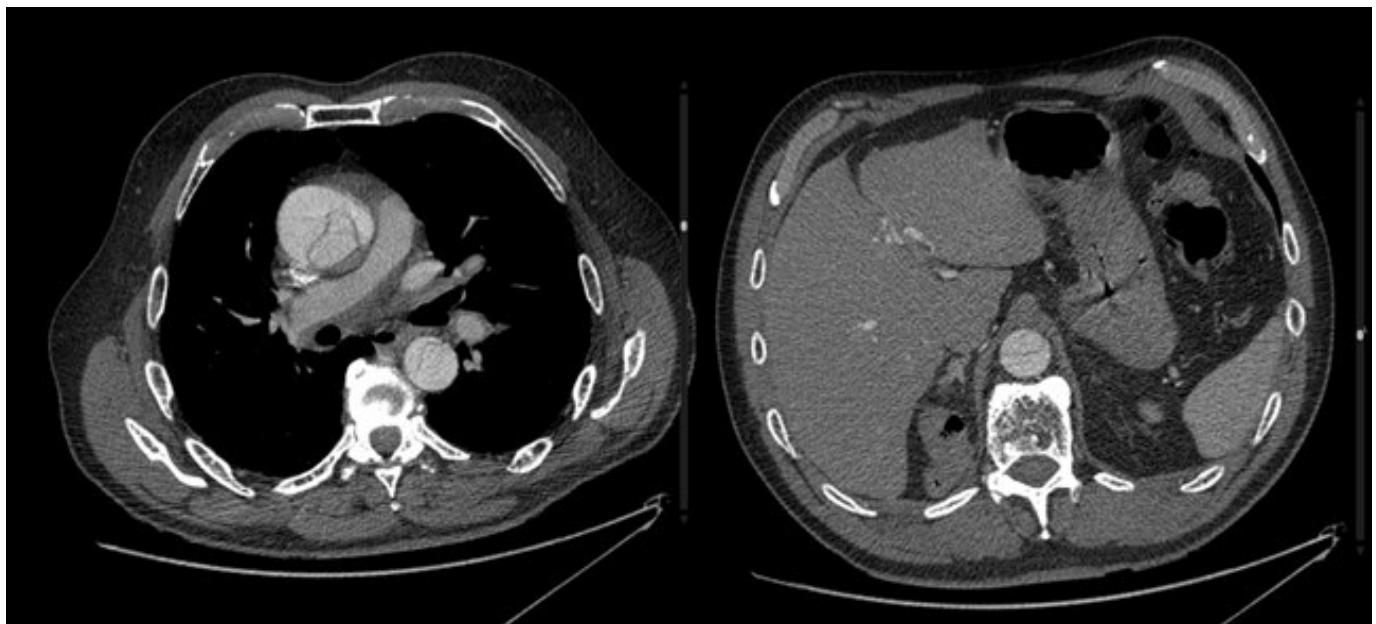
Bibliografia

- Force members: Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Di Bartolomeo R, Eggebrecht H, Evangelista A, Falk V, Frank H, Gaemperli O, Grabenwöger M, Haverich A, Jung B, Manolis AJ, Meijboom F, Nienaber CA, Roffi M, Rousseau H, Sechtem U, Sirnes PA, von Allmen RS, Vrints CJ, 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2014;35:2873-2926.
- Chiappini B, Schepens M, Tan E, Dell'Amore A, Morshuis W, Dossche K, Bergonzini M, Camurri N, Reggiani LB, Marinelli G, Di Bartolomeo R, Early and late outcomes of acute type A aortic dissection: analysis of risk factors in 487 consecutive patients. *Eur Heart J*. 2005; 26:180-186.
- Trimarchi S, Sangiorgi G, Sang X, et al. In search of blood tests for thoracic aortic diseases. *Ann Thorac Surg* 2010; 90:1735.

Annex



Imatge 1. Radiografia de tòrax: índex cardio- toràcic conservat. No infiltracions parenquimatoses pulmonars. No embassament pleural. No signes d'insuficiència cardíaca. Lleu engruïment hiliar bilateral.



Imatge 2. TAC toraco-abdominal: Dissecció aòrtica toràcica tipus A amb afectació valvular i extensió de la dissecció fins aorta abdominal infrarrenal. Progressió del flap intimal a tronc innominat i artèria subclàvia esquerra, permeables. No s'identifica afectació d'artèries coronàries. Artèria renal esquerra amb origen a llum falsa, permeable i ronyó correctament perfós.