

PACIENTE ANCIANO CON DOLOR TORÁCICO.

Dr. Antonio L. Aguilar-Shea, Dra. Cristina Gallardo-Mayo.
Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos

Caso Clínico

Presentamos a un varón de 78 años de edad cuyo motivo de consulta al Servicio Urgencias es dolor torácico. En el breve interrogatorio del triaje se descubrió que el paciente presenta múltiples factores de riesgo cardiovascular y sufrió un síndrome coronario agudo hace 5 años. Se catalogó al paciente como de alto riesgo y fue remitido a la Sala de Agudos.

El paciente acudió a urgencias por presentar 2 episodios en reposo de dolor torácico opresivo no irradiado sin cortejo vegetativo acompañante de 10 minutos de duración, con un intervalo entre uno y otro de 40 minutos, que cedieron parcialmente tras la administración de cafinitrina sublingual. Debido a la persistencia de la sintomatología el paciente decidió acudir a urgencias. Como sintomatología acompañante, el paciente refirió una lumbalgia de intensidad leve no irradiada, sin síntomas motores ni sensitivos, desde hace unas horas que relacionaba con el reposo que había realizado durante los últimos días.

Durante la anamnesis se descubrió que el cuadro clínico comenzó hace 48 horas con episodios de dolor torácico opresivo en hemitórax izquierdo de una duración variable, de segundos a minutos, sin cortejo vegetativo acompañante y que no se relacionaba con el esfuerzo. En todo momento el paciente refiere haber estado afebril y sin disnea.

Se obtuvieron informes previos en el que se describían los antecedentes de hipertensión, dislipemia, diabetes, fumador, obesidad, SAOS y un síndrome coronario agudo hace 5 años en el que se implantó un stent en la coronaria descendente. La situación funcional del paciente era buena. Se confirmaron los antecedentes personales, así como se repasó la medicación que en el momento actual estaba siguiendo el paciente. El paciente añadió que estaba en seguimiento por el Servicio de Cirugía Vascular por un aneurisma de la aorta torácica descendente diagnosticado de forma casual en 2006 tras TC toraco-abdominal por estudio de SAOS. Tras consultar la última prueba de imagen (sept. 2008) medía 5,8 cm.

La exploración física reveló un tensión arterial de 205/100, un soplo sistólico III/IV, hepatomegalia y una masa pulsátil en piso abdominal superior como hallazgos relevantes. Las maniobras exploratorias de la lumbalgia fueron normales, si bien al reinterrogar al paciente el dolor no era lumbar, sino que era un dolor que estaba situado a la altura de la columna torácica que no se modificaba con los movimientos ni a la palpación. No hubo diferencia de tensión arterial en ambos miembros superiores y los pulsos inguinales, poplíteos, tibiales posteriores y pedios fueron positivos y simétricos.

La radiografía de tórax, el electrocardiograma y el análisis de sangre resultaron normales. Con la sospecha de disección aórtica/rotura de aneurisma aórtico se realizó TC (fig.1 y fig. 2) donde se observó un aneurisma de la aorta torácica descendente de 6,8 cm de diámetro transversal máximo con un trombo mural excéntrico de contorno irregular con algunas imágenes que podrían sugerir la existencia de pequeñas ulceraciones, se observó también una pequeña cantidad de derrame pleural izquierdo, que no estaba presente en la TC previa. Estos hallazgos sugirieron, en conjunto, la

posibilidad de rotura inminente de dicho aneurisma, sobre todo dado el rápido crecimiento del mismo. Se avisó a la Unidad de Cuidados Intensivos y a Cirugía Vascular.

El control de la tensión arterial se realizó con betabloqueantes intravenosos con una evolución clínica favorable. El paciente fue intervenido con anestesia epidural mediante cirugía endovascular del aneurisma torácico con la colocación de prótesis aórtica que comienza distal a la salida de la arteria subclavia izquierda y finaliza craneal a la salida del tronco celiaco.

Al finalizar la intervención quirúrgica el paciente presentó insuficiencia respiratoria que evolucionó a parada cardiorrespiratoria precisando intubación orotraqueal, soporte vasoactivo y traslado a la unidad de cuidados intensivos (UCI). Durante su estancia en la UCI presentó un episodio de insuficiencia renal transitoria. Tras 48 horas y ante una evolución clínica favorable se extuba al paciente apareciendo paraplejia con anestesia a nivel L2-L3 que se atribuye a isquemia medular. Durante el resto de su estancia en UCI y planta el paciente se mantiene estable por lo que es dado de alta para seguimiento ambulatorio de endoprotesis aórtica y rehabilitación de paraplejia.

Discusión

Generalmente los aneurismas aórticos son asintomáticos, cuando aparecen los síntomas revelan la aparición de una complicación (rotura o disección) o que la misma va a ser inminente. La triada clásica de hipotensión, dolor lumbar y masa pulsátil únicamente está presente en el 50% de los pacientes. La Tomografía Axial Computarizada es el

método de elección para el diagnóstico y evaluación de los aneurismas aórticos y de sus complicaciones.

El tratamiento de las complicaciones agudas de los aneurismas aórticos está basado en el control de la tensión arterial y la reparación quirúrgica. Los betabloqueantes en infusión continua son los fármacos de elección para el control de la tensión arterial por reducir la presión arterial diferencial, así como por ser cronotropos negativos. Los más utilizados son el esmolol, labetalol y metoprolol, siendo el más recomendado es el esmolol. En los casos refractarios el nitroprusiato o el nicardipino pueden ser añadidos.

El tratamiento definitivo es el quirúrgico, con la finalidad de modificar la supervivencia, no la calidad de vida. Los criterios quirúrgicos son la presencia de síntomas sugerentes de complicación, un diámetro aórtico superior a 6 cm, un crecimiento superior a 1cm/año y la presencia de irregularidades en la pared que sugieran debilidad. En pacientes de alto riesgo con morbilidad quirúrgica asociada se recomienda la colocación de endoprótesis vascular aórtica frente a la cirugía abierta.

En el postoperatorio se debe de realizar un control exhaustivo de la tensión arterial, principalmente con betabloqueantes. Se debe de vigilar el sangrado postoperatorio que se puede reducir con presiones arteriales bajas, si bien la insuficiencia renal y el daño neurológico (especialmente la isquemia medular) deben de ser tenidas en cuenta. Los síndromes de respuesta inflamatoria no son infrecuentes en pacientes con disección o rotura aórtica pudiéndose manifestar mediante coagulación intravascular diseminada, vasoplejia o distress respiratorio.

Consideramos que es importante conocer las complicaciones de los aneurismas aórticos y su forma de presentación, teniendo en cuenta que no es infrecuente que su presentación se en forma de dolor torácico, dolor de espalda, ciatalgia o crisis renourteral. En la exploración física hay que prestar especial atención a la presencia de masas pulsátiles abdominales así como de realizar una adecuada exploración vascular.

Figuras.



Figura 1.

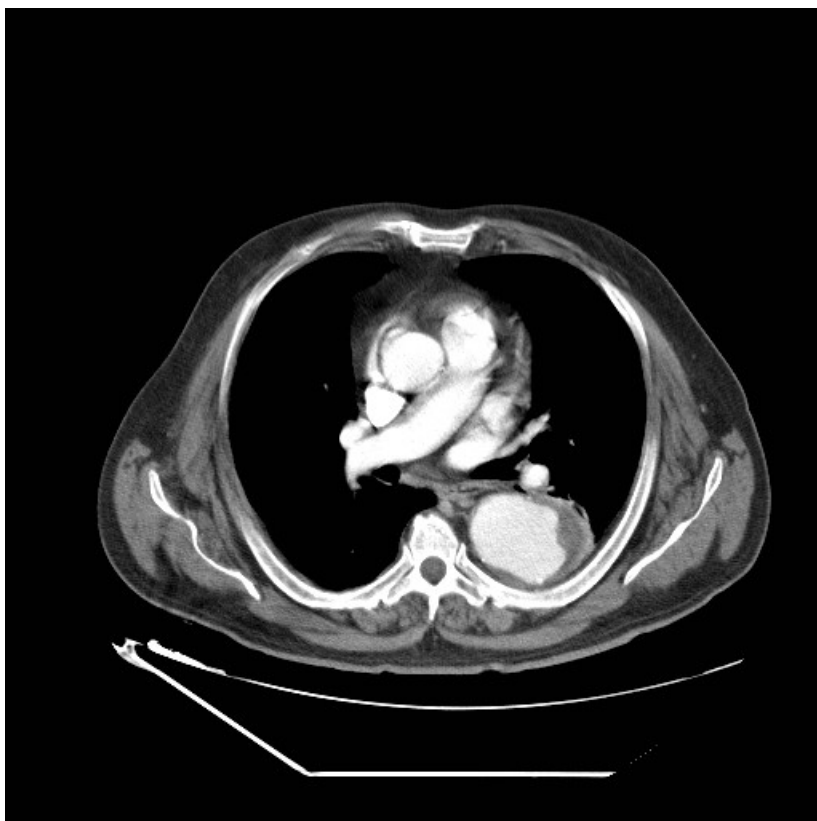


Figura 2.