

CASO CLÍNICO. ANEURISMA AÓRTICO SIMULANDO UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) CON MAL PRONÓSTICO.

AUTORÍA

Antonio González Caballero*
Pilar Márquez de Torres*

*D.U.E. Hospital Valle de Los Pedroches. Servicio de
Medicina Interna. Pozoblanco (Córdoba).

RESUMEN

Se presenta un caso de un hombre de 60 años con antecedentes de dislipemia, que acude a urgencias en Atención Primaria por dolor precordial, disnea y cortejo vegetativo. Se realiza ECG. Tras visualizarlo junto con la sintomatología, se inicia protocolo para SCASEST. En la unidad de críticos, los síntomas empeoran con más dolor y mayor malestar general, se decide hacer un TAC al ver que no evoluciona bien ni responde al tratamiento farmacológico, apareciendo un aneurisma aórtico y al poco tiempo el paciente fallece.

ABSTRACT

A case of a 60-year history of dyslipidemia, attended the emergency room for primary care for chest pain, dyspnea and vegetative symptoms occurs. ECG is performed. After display it along with the symptoms, SCASEST protocol starts. In the critical care unit, symptoms worsen with more pain and greater malaise, we decided to do a CAT scan to see that does not evolve or respond well to drug treatment, appearing an aortic aneurysm and soon the patient dies.

PALABRAS CLAVE

Patología aórtica aguda, Síndrome Coronario, Aneurisma Aórtico, Dolor agudo, Alarma vital

KEYWORDS

Acute aortic pathology, Coronary syndrome, Aortic Aneurysm, Sharp pain, Vital alarm

INTRODUCCIÓN

Se denomina aneurisma a la dilatación permanente e irreversible de la arteria que supone un aumento superior al 50% del diámetro esperado. Hablamos de verdadero cuando afecta a las tres capas de la pared vascular (si la íntima y la media están rotas y la dilatación a expensas de la adventicia se habla de pseudoaneurisma).

Según su *morfología* se clasifican en fusiforme, si afecta a toda la morfología del vaso, o sacular, cuando sólo afecta a una porción de dicha circunferencia. Según su *localización* se dividen en torácicos y abdominales, siendo la proporción en hombres de 1/7 y en mujeres de 1/3, respectivamente. Según su *etiología*:

- *Degenerativos*: arterioscleróticos, fibrodisplasia, protésicos.

- Congénitos.

- Infecciosos.

- Asociados a arteritis: lupus, arteritis de células gigantes, Takayasu.

- Anormalidades del tejido conectivo: Marfán, necrosis quística de la media (AA proximal, frecuente en el Sd de Marfán, en el Sd de Ehlers-Danlos, durante el embarazo y secundaria a HTA).

- Mecánicos: post-estenóticos, traumáticos.

Dentro de los aneurismas degenerativos, los *arterioscleróticos* son los más que más se producen cuya etiología es más frecuente son los abdominales.

Según la *longitud* afectada, la clasificación más utilizada es la de Stanley Crawford:

- Tipo I: mayor parte de aorta descendente y parte proximal de la abdominal.
- Tipo II: afecta a gran parte de descendente y la mayor parte o toda la aorta abdominal.
- Tipo III: aorta torácica distal y la totalidad de la abdominal
- Tipo IV: la mayor parte de aorta abdominal incluyendo el segmento de vasos viscerales.

En los Tipo III, los aneurismas de aorta torácica pueden ser asintomáticos o sintomáticos (los sintomáticos pueden estar relacionados con la ubicación, el tamaño y el índice de crecimiento del aneurisma).

El comienzo de dolor agudo provocado por un aneurisma torácico es un signo de alarma vital que compromete la vida del paciente y frecuentemente simula un SCA. La actuación rápida en dichos casos es fundamental para solventar una posible rotura o SCA.

En la actualidad disponemos de múltiples tratamientos y en gran medida SU UTILIZACIÓN dependerán de la edad, gravedad de la lesión, tolerancia a medicamentos. Se utilizan medidas de control en revisiones y A TRAVÉS DE LA cirugía se procede en aquellos casos en los que se comprometa seriamente la vida del paciente mediante una reparación endovascular del aneurisma.

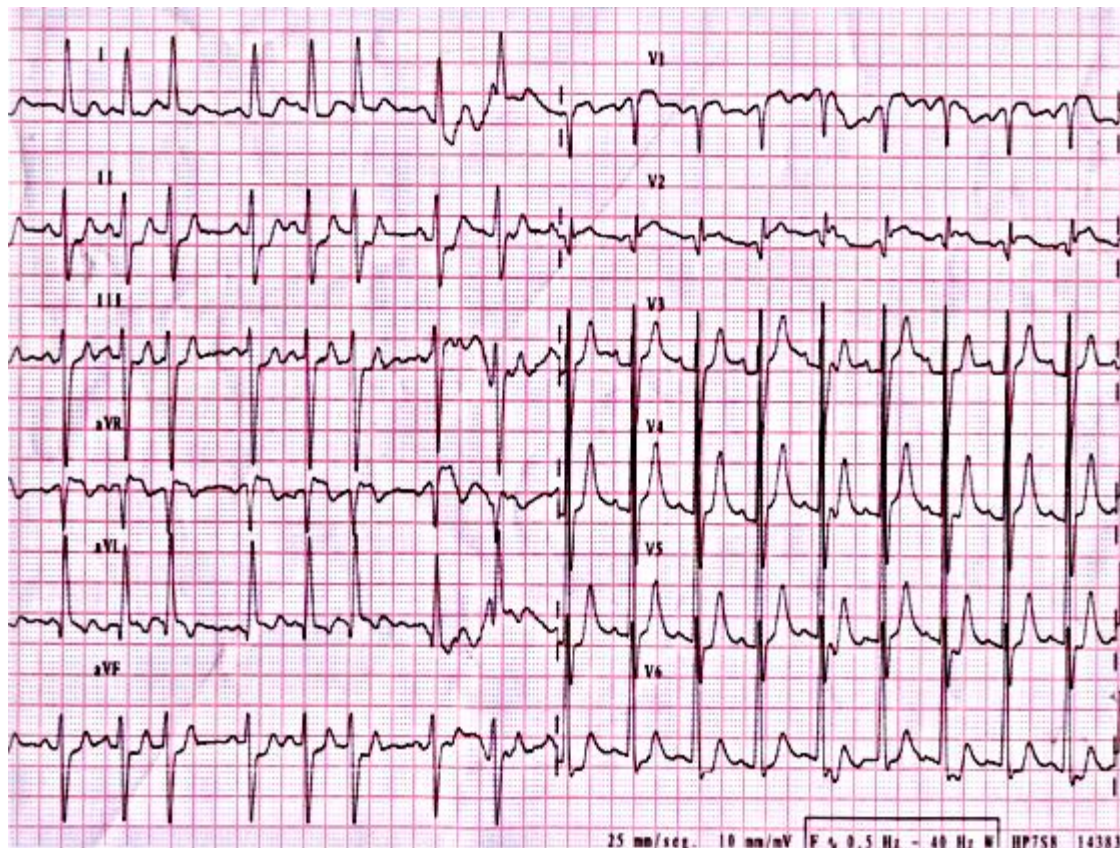
La incidencia aumenta en los hombres a partir de los 55 años y en las mujeres a los 70 años.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se presenta un caso de un hombre de 60 años con antecedentes de dislipemia, en tratamiento con estatinas, que acude a urgencias de atención primaria por dolor precordial, disnea y cortejo vegetativo. Se realiza ECG, y como se puede apreciar en la siguiente imagen:

PRESENTA:

Trigeminismo auricular en derivaciones de miembros, junto a una lesión subendocárdica en cara inferior, isquemia subendocárdica anterolateral e Hipertrofia Ventricular Izquierda.



Al ver dicho ECG, sintomatología, se inicia protocolo para SCASEST, canalizando vía periférica y extrayendo 3 series (Bioquímica, Hemograma y Coagulación), administrando O2 con gafas nasales a 2 l/m, 2 puff de Trinispray, 300mg de AAS, 300 mg de Clopidogrel y Clexane 40mg, procediendo al traslado en UVI móvil para Urgencias del hospital referente.

Ya en la unidad de críticos, después de trasladarlo al hospital, los síntomas empeoran con más dolor y mayor malestar general, utilizando bolos de 2 mg. de Cloruro Mórfico diluido, junto a una perfusión de Nitroglicerina y a pesar de ello, sigue empeorando, se decide hacer un TAC al ver que no evoluciona bien ni responde al tratamiento farmacológico, apareciendo un aneurisma aórtico y al poco tiempo el paciente fallece.

En cuanto al movimiento de enzimas, no fue valorado teniendo en cuenta que mientras se cursaban el paciente falleció.

Este caso es bastante curioso, ya que inicialmente lo tratamos como un SCA, pues el diagnóstico diferencial en cuanto a las características del dolor (como se describen a continuación) apuntaban a un Síndrome Coronario, pero al ver que no responde a Nitratos ni a bolos de Mórfico, se realiza el TAC donde visualizamos la lesión. Se aplican dosis más altas de mórficos, pero en cuestión de minutos la ruptura es mayor y no se pudo hacer más por su vida.

1.- En el *Síndrome Coronario*, el dolor "clásico" se incrementa progresivamente, es tipo opresivo, centro-torácico, con irradiación a espalda, miembro superior izquierdo y/o cuello acompañado de cortejo vegetativo, respondiendo al tratamiento con nitratos.

2.- *Aneurisma Aórtico*: El dolor es de comienzo brusco con sensación de desgarrar de intensidad intolerable, pudiendo irradiarse a cuello y espalda, no

mejorando con nitratos y sólo respondiendo en ciertos casos a grandes dosis de narcóticos.

En cuanto al diagnóstico diferencial electrocardiográfico, puede ser muy variopinto y por tanto podremos encontrarnos distintas alteraciones:

○ ECG de rutina en paciente asintomático: Normal.

○ ECG de rutina en paciente sintomático: Normal o Hipertrofia Ventricular Izquierda.

○ ECG de rutina en paciente post IAM en tratamiento, pero asintomático: Segmento ST supradesnivelado en alguna derivación indicando un posible aneurisma ventricular.

○ ECG en pacientes con dolor intenso: Simulan un SCA y el diagnóstico diferencial en cuanto a características de dolor suele ser clave, al igual que la mala respuesta al tratamiento con nitratos.

Existen enfermedades cardiacas y no cardiacas que pueden simular un SCA, y por tanto dejamos constancia de las más relevantes:

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (V. HENDERSON)

- Respiración Dificultad para respirar en reposo
- Alimentación/Hidratación. Capacidad funcional para la alimentación (Problemas de la mucosa oral, Náuseas)
- Eliminación. Sin alteración observada
- Movilización. Sin alteración observada
- Reposo y sueño. Sin alteración observada
- Vestirse y Desvestirse. Sin alteración observada.
- Termorregulación. Sensibilidad al calor aumentada.

- Estado de Piel y Mucosas. Deshidratada.
- No riesgo de UPP
- Seguridad. No refiere alergias
- Comunicación. Dificultad en la comunicación en la expresión. Cuidador principal esposa.
- Creencia y Valores. Es religioso católico
- Trabajar/realizarse. Trabaja, sensación habitual de estrés.
- Ocio. Necesidad no valorable
- Aprendizaje. Necesidad no valorable.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud manifestado por nerviosismo
- Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aportes y demandas de Oxígeno manifestado por cambios electrocardiográficos indicadores de isquemia y malestar
- Riesgo de caídas relacionado con alteración del equilibrio.

DISCUSIÓN

Sabemos que la patología aórtica aguda es una situación clínica crítica cuyo pronóstico suele depender de un diagnóstico certero y rápido, así como de la instauración temprana de su tratamiento.

Los problemas en este caso son múltiples:

- No existían antecedentes de HTA (en dichos casos pueden favorecerse la aparición de aneurismas).
- La instauración del dolor ha sido progresiva, cosa poco habitual, ya que como hemos descrito anteriormente, el dolor de

aneurisma en plena ruptura o disección es muy fuerte e intolerable, y frecuentemente manifiestan sensación de desgarró y por tanto no suele ser progresivo el dolor. Suponemos que en este caso, al empezar el dolor progresivamente estaba en plena ruptura y a medida que la ruptura era mayor paralelamente también se incrementaba el dolor.

- Inicialmente en el Centro de Salud mientras estabilizaban al paciente hasta la llegada al Hospital estuvo en tratamiento con Nitroglicerina y el dolor mejoró, ello es algo totalmente atípico ya que en dichos casos (por aneurisma), no se caracteriza por la mejorar con Nitratos.

- El cortejo vegetativo es infrecuente en el Aneurisma Aórtico, pero excepcionalmente podemos verlo, sin embargo, es muy habitual en los SCA.

Por todos estos motivos nos hizo inclinarnos por un SCASEST y no por una disección Aórtica y se puso tratamiento para ello.

Aquí tenemos un claro ejemplo de que los protocolos son herramientas de trabajo muy eficaces en cuadros clásicos, pero la medicina al no ser una ciencia exacta y cada persona ser un caso único, no son válidos para todo el mundo.

Deseamos que la redacción de este caso clínico pueda servir al resto de compañeros y siempre nos quedará la satisfacción de aprender de la experiencia, pudiendo ofrecer en otra ocasión un tratamiento donde combinemos protocolos con más sentido común que nos ayuden a conseguir el objetivo de colocar al paciente en las mejores condiciones para la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://tratado.uninet.edu/c011301.html>.
2. http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjj8tvYqOvKAhXDPRQKHxK6CXMqFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cfnavarra.es%2Fsalud%2FPUBLICACIONES%2FLibro%2520electronico%2520de%2520Temas%2520de%2520Urgencia%2F3.CARDIOVASCULARES%2FAneurismas%2520aorticos.pdf&usq=AFQjCNEYgaGb00w_uzvdLkn3aaNaUaLWSA.
3. <http://www.proyectobird.es/edicion8/TX/case006/dxfinal.htm>
4. <http://ssov3nd.staywellsolutionsonline.com/Spanish/Encyclopedia/85,P08287>
5. <https://urgenciasbidaso.wordpress.com/2011/10/08/sca-sindrome-coronario-agudo-angioplastia/>
6. <https://www.madrid.org/cs/Satellite>
7. <http://ienfermeriablog.blogspot.com.es/2015/11/aneurisma-aortico.html>