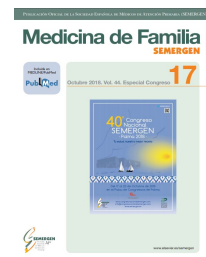




Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



347/4486 - LUMBALGIA, NO TODO ES LO QUE PARECE

P. Sánchez Muñoz^a, I. Marín Cabrera^b, F. Serna Gea^b y A. Moreno Forte^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de La Riva. Orihuela.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Álvarez de La Riva. Orihuela. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de La Riva. Orihuela.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años con dolor lumbar bilateral de características mecánicas de una semana de evolución. No traumatismo, no fiebre ni déficit neurológico. Antecedentes patológicos: no RAMc. HTA, DLP, no DM. Niega hábitos tóxicos. Diverticulosis. Faquectomía bilateral Tratamiento habitual: olmesartán/amlodipino 20/5 mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientada. TA 129/67mmHg, T^a 36 °C. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Dolor a la palpación lumbar bilateral que no irradia a miembros inferiores, que aumenta con flexión del tronco. Lasègue, Bragard y signo del 4 negativos. Puño percusión renal bilateral negativa. No focalidad neurológica. Solicitamos analítica y radiografía lumbar e iniciamos tratamiento con paracetamol/tramadol 650/75 mg cada 12h con control de la sintomatología en una semana. Analítica sanguínea: hipercolesterolemia. Resto anodina. Radiografía de columna lumbar: Calcificaciones ateromatosas en aorta infrarrenal cuyo diámetro es de 3,75 cm de ancho. Cambios degenerativos con rectificación de lordosis lumbar y pérdida de espacio discal posterior L5-S1.

Orientación diagnóstica: Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal.

Diagnóstico diferencial: Dolor musculoesquelético. Cólico nefrítico.

Comentario final: Al tratarse de una patología potencialmente mortal es necesario recalcar la importancia de realizar un diagnóstico diferencial sindrómico, en función de las características del paciente y sus factores de riesgo cardiovascular; ya que en muchas ocasiones la patología vascular pasa desapercibida al ser asintomática en el 75% de los casos, y cuando presenta síntomas lo más frecuente es dolor por compresión de estructuras adyacentes (lumbociática o cólico) como en el caso que nos ocupa.

Bibliografía

1. Robicsek F. The diagnosis of abdominal aneurysms. Surgery. 1981;89:275-6.
2. Lilienfeld DE, Gunderson PD, Sprafka JM, et al. Epidemiology of aortic aneurysms: I Mortality trends in the United States, 1951 to 1981. Arteriosclerosis 1987;7:638-43.
3. Collin J. The epidemiology of abdominal aortic aneurysm. Br J Hosp Med 1988;40:64-7.

4. Fowkes FG, Macintyre CC, Ruckley CV. Increasing incidence of aortic aneurysms in England and Wales. Br Med J. 1989;298:33-5.

Palabras clave: Aneurisma aorta abdominal. Aorta infrarrenal. Factores de riesgo cardiovascular.