



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1159 - DORSALGIA CON DATOS DE ALARMA. LA IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES

M. Cruzate Aparicio¹, M. Núñez Hernández², A. Pérez Iniesta³ y L. Alonso Bastos⁴

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Numancia. Madrid. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia I-Luis de Toro. Plasencia. Cáceres.

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial, aneurisma del tronco celiaco de 16 mm en seguimiento por cirugía vascular pendiente de tratamiento endovascular definitivo. Acude a Urgencias por dorsolumbalgia de inicio súbito que interrumpe el sueño, asociando parestesias en miembros inferiores y pérdida de fuerza, posteriormente recuperada. Es dado de alta como dorsalgia sin datos de alarma. Acude nuevamente a Urgencias 7 días después por dolor en ambos flancos abdominales.

Exploración y pruebas complementarias: Normotenso, auscultación cardiopulmonar normal y exploración de columna sin dolor a la palpación ni movilización del tronco. Analíticamente, discreta plaquetopenia 109.000, resto de hemograma normal, gasometría venosa con discreta hiperlactacidemia con perfil hepático y renal sin alteraciones, reactantes de fase aguda negativos, LDH hemolizada, troponinas no solicitadas. Electrocardiograma sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax en la que únicamente destaca elongación aórtica y aumento de calibre de aorta torácica ascendente y del cayado aórtico. Durante su segunda estancia en Urgencias. Paciente hemodinámicamente estable, con buen estado general, normocoloreado y normoperfundido. Abdomen: blando, depresible, moderadamente doloroso en ambos flancos y fosas ilíacas. No se palpa masa pulsátil. No signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores con pulsos femoral, poplíteo y distales grado 3 bilateral. Normoperfusión distal. Ausencia de lesiones tróficas. Analíticamente, hemograma normal, gasometría venosa normal, destacando elevación de reactantes de fase aguda fibrinógeno 857 y PCR 17,7, LDH 293, procalcitonina negativa. ECG sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax sin cambios con respecto a la previa. TC tóraco-abdomino-pélvico: hematoma intramural agudo-subagudo, disección atípica (Standford B) con origen en cayado aórtico secundaria a múltiples úlceras penetrantes en aorta torácica descendente y abdominal.

Orientación diagnóstica: Síndrome aórtico agudo.

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar. Cólico reno-ureteral. Infarto agudo de miocardio. Síndrome aórtico agudo.

Comentario final: La patología aórtica aguda constituye un reto diagnóstico, dado su amplio

espectro de presentación clínica y su elevada morbimortalidad. Por ello, resulta crucial considerarla entre los diagnósticos diferenciales de los cuadros clínicos más prevalentes en el servicio de Urgencias.

Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España, 2018.

Palabras clave: Aorta. Disección. Lumbalgia.