



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 253/27 - NO SÉ QUÉ ME PASA, PERO ESTOY FATAL

R. López Sánchez<sup>a</sup>, S. Díez Martínez<sup>b</sup>, Á. González Díaz-Faes<sup>c</sup>, L. de la Fuente Blanco<sup>d</sup>, A. Fernández Serna<sup>e</sup>, L. Gómez Ruiz<sup>f</sup>, C. Fortuny Henríquez<sup>g</sup>, M. Arques Pérez<sup>h</sup> y M. de la Hoz Gutiérrez<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. <sup>b</sup>Médico de Familia. SUAP Alisal. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. <sup>g</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. <sup>h</sup>Médico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. <sup>i</sup>Médico de Familia. SUAP Santander.

## Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 63 años, exfumador grave, CI con IAM (2000) e hipertenso en tratamiento farmacológico, acude de Urgencia al CS Dávila por distensión abdominal y dolor difuso de 1 hora de evolución, sin otra sintomatología acompañante. En el CS se realiza exploración, se toman constantes TA: 122/67, FC: 61 lpm y se realiza ECG: ritmo sinusal a 60 lpm. Sin alteraciones en la repolarización. Dado el mal estado del paciente se decide derivación urgente a Valdecilla.

**Exploración y pruebas complementarias:** En Urgencias. Exploración: normocoloreado, normoperfundido, normohidratado. ACP: normal. Abdomen distendido, doloroso a la palpación de manera difusa que impide una correcta exploración. Matidez a la percusión en hipocondrio, flanco y FII. RHA (disminuidos). Blumberg (-). No signos de reacción peritoneal. Pruebas de laboratorio: bioquímica sin alteraciones. Hemograma normal. TP: 70%. Rx abdomen: dilatación de asas de intestino delgado y grueso. No se objetiva gas en ampolla rectal. Tc abdominal de Urgencias: Dilatación aneurismática en Aorta abdominal infrarrenal, con unos diámetros de 12 × 79 mm en el plano axial y con una extensión de 120 mm en sentido longitudinal, con otra dilatación aneurismática en arteria iliaca primitiva derecha de 65 × 56 mm en el plano axial y una extensión longitudinal de 65 mm en ambos aneurismas se identifica trombo mural que rodea la luz permeable. No existen signos de líquido libre, ni sugestivos de sangrado activo. Se aprecia dilatación de las asas de intestino delgado, identificándose un cambio de calibre en un asa de intestino delgado localizado en FII, compatible con un cuadro obstructivo a dicho nivel. Se realiza interconsulta Urgente al Servicio de Cardiovascular, quienes programan de manera urgente cirugía para colocación de endoprótesis cubierta aorto-biliaca COOK con implantación de extensión ENDURANT en la rama iliaca izquierda.

**Juicio clínico:** Aneurisma aórtico.

**Diagnóstico diferencial:** Obstrucción intestinal. Isquemia mesentérica. Carcinomatosis peritoneal.

**Comentario final:** Ante la sospecha, por parte del MAP, de urgencia vital, se hace necesario el traslado inmediato del paciente ya que, la disección aórtica sigue siendo una de las enfermedades más letales y de complicado diagnóstico desde atención primaria. La presencia de pulsos pedios y una auscultación de soplos normal en la valoración inicial, condicionan y dificultan más, si cabe, el diagnóstico preciso, por lo que resulta fundamental la rapidez de actuación, dado que el tiempo en esta patología, es determinante como factor pronóstico.

### **Bibliografía**

1. Krupski WC, Selzman CH, Florida R, et al. Contemporary management of isolated iliac aneurysms. *J Vasc Surg.* 1998;28:1.
2. Richardson JW, Greenfield LJ. Natural history and management of iliac aneurysms. *J Vasc Surg.* 1988;8:165.
3. Sandhu RS, Pipinos II. Isolated iliac artery aneurysms. *Semin Vasc Surg.* 2005;18:209.

**Palabras clave:** Aneurisma aórtico. Isquemia mesentérica.