



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

423/86 - DOLOR LUMBAR AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Arencibia Hernández¹, D. González Armas², D. Santana Castillo³, L. Díaz González⁴, A. Mateo Acuña⁵, C. Chocano López de Hierro⁶, E. Quiroz Flores⁷, C. Gómez Vildosola⁸

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santoña. Santoña. Cantabria. España, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Laredo. Cantabria. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Urgencias del Hospital comarcal de Laredo. Cantabria. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Cotoño. Casto Urdiales, Cantabria. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria. ⁷Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotoño. Castro-Urdiales, ⁸Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 74 años acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) refiriendo una lumbalgia severa con irradiación a extremidades inferiores y zona interescapular. Asocia náuseas y sensación disneica. Previamente el paciente había tomado un diclofenaco vía oral por dolor lumbar no irradiado de menor intensidad sin especificar otras características asociadas. Antecedentes patológicos: HTA (+) DLP(+). Aneurisma de aorta ascendente de 45 mm con IAo ligera controlada y en seguimiento por Cardiología. Tratamiento habitual: atorvastatina + amlodipino 10/5 mg, Serenoa repens 160 mg. Tratamiento agudo por tromboflebitis en extremidad inferior izquierda: heparina 40 mg c/24h. En el SUAP se inicia medicación analgésica endovenosa y se traslada al paciente en ambulancia de soporte vital avanzado al hospital de referencia para manejo de patología sospechada.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36,1 °C, TA 162/79 mmHg, FC: 64 lpm, SatO₂: 96%. Taquipneico en reposo. CyO × 3. TA ESI 150/66 mmHg, TA ESD 161/72 mmHg. AP: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: indurado con dolor a palpación. Ruidos disminuidos. Extremidades inferiores: no edemas ni datos de TVP. Pulsos tibiales posteriores (+) bilaterales y simétricos. Bioquímica y coagulación: normal. Amilasa: 103, Troponina I ultrasensible: 11,8. Dímero D: 18824 (elevado). Hematimetría: leucocitosis con desviación izquierda, sin otras alteraciones en la fórmula. ECG: RS a 54 lpm. No alteración en la repolarización. Radiografía tórax: ensanchamiento mediastínico. ICT aumentado, no pinzamiento senos costofrénicos. Radiografía de abdomen: abundantes heces y gas en marco cólico y en asas de intestino delgado. TAC toraco-abdomino-pélvico: se objetiva la presencia de signos de coartación aórtica que parece iniciarse al inicio del cayado aórtico. Importante elongación del tronco braquiocefálico derecho. Se identifica la presencia de trombosis a lo largo de toda la extensión de la aorta toraco-abdominal hasta la región infrarrenal. El calibre total de la aorta torácica no supera los 3,7 cm. A nivel de la salida del tronco celíaco presenta un calibre estimado de 3,6 cm. Se objetiva una adecuada permeabilidad de los vasos principales aórticos, sin estenosis significativas ni datos de

isquemia a nivel de los órganos principales. Inmediatamente por debajo de la salida de la arteria mesentérica inferior se objetiva el realce de la luz falsa permeable en un segmento estimado de unos 4,5 cm. de longitud, presentando la aorta abdominal a este nivel un calibre estimado de 3,3 × 2,8 cm.

Juicio clínico: Disección aórtica.

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar. Neumotórax espontáneo. Síndrome coronario agudo. Ruptura esofágica.

Comentario final: Los signos y síntomas de la disección aórtica aguda dependen de la extensión de la disección y de las estructuras cardiovasculares afectadas. El dolor de inicio súbito y severo es el síntoma más frecuente, ocurriendo hasta en un 90% de los casos en el tórax o en la espalda. En nuestro caso, dada la clínica, la alta sospecha diagnóstica y tras el informe radiológico verbal del TAC, el paciente quedó a cargo de Cirugía Cardiovascular.

Bibliografía

Khalil A, Helmy T, Porembka DT. Aortic pathology: aortic trauma, debris, dissection, and aneurysm. Crit Care Med. 2007;35(8 Suppl):S392-400.

Ince H, Nienaber CA. Management of acute aortic syndromes. Rev Esp Cardiol. 2007;60(5):526-41.