



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1276 - El aneurisma de aorta disfrazado de lumbalgia

L. Pont Serra^a, L. Camps Vila^b, J.J. Santos García^c, Q. Lorente Márquez^d, M. Hernández Ribera^b, A. Junyent Bastardas^d, M. Ascorbe García^a, J. Ginesta Gil^d, M. Ciurana Tebé^b y M.E. del Junco Rodríguez^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Plaça Catalunya. Manresa-2. Manresa. ^bMédico de Familia. EAP Plaça Catalunya. Manresa-2. Manresa. ^cMédico Residente de 3^{er} año. Centre d'Atenció Primària Bages. Manresa-2. ^dMédico de Familia. Centre d'Atenció Primària Bages. Manresa-2. ^eMédico Residente de 1^{er} año. Centre d'Atenció Primària Goretti Badia. Súria.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 76 años que solicita atención domiciliar urgente por lumbalgia muy intensa de unos días de evolución. Ya había sido visitado hacía unos días por un facultativo, quien lo había orientado como lumbalgia aguda mecánica e instauró AINES. A nuestra llegada, el paciente refiere dolor en la zona lumbar progresivo a pesar de tomar correctamente el tratamiento analgésico e imposibilidad de mantener la sedestación. Refiere antecedente de aneurisma de aorta.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes mantenidas, afebril y con saturación de oxígeno del 95%. El paciente presenta leve dolor a la palpación lumbar, las apófisis espinosas no son dolorosas, las maniobras de Lassegue y Bragard negativas. En decúbito supino no se observa pérdida de fuerza en extremidades inferiores pero al intentar la bipedestación, presenta claudicación de las extremidades inferiores. Los pulsos pedios y tibiales posteriores son débiles. Se decide derivación a urgencias hospitalarias, donde se le practica TAC abdominal en el que se observa fibrosis de aneurisma aórtico infrarrenal que produce compresión de ambos uréteres. Es derivado a hospital de tercer nivel para intervención quirúrgica urgente.

Juicio clínico: Inicialmente el paciente refiere dolor lumbar ya valorado por un facultativo. Ante la evolución tórpida de la clínica, los hallazgos en la exploración física y los antecedentes personales, se decide derivar al hospital de referencia para realización de otras exploraciones complementarias.

Diagnóstico diferencial: Dolor músculo-esquelético. Litiasis renal/ureteral. Pielonefritis. Cólico renal. Hemorragia retroperitoneal. Enfermedad vascular renal. Patología pancreática. Aneurisma aorta. Viscera perforada (úlceras pépticas, apéndice, vesícula biliar, diverticulitis). Isquemia intestinal. Obstrucción intestinal. Colelitiasis. Patología ginecológica: salpingitis, embarazo ectópico.

Comentario final: Este caso es un ejemplo de una correcta reorientación de diagnóstico, a pesar de que el paciente inicialmente consultó por un cuadro concreto y de tener una orientación diagnóstica previa distinta. Es importante que, ante cualquier demanda, realicemos una anamnesis y exploración física exhaustiva, a pesar de que el paciente ya encamine su patología hacia un diagnóstico concreto o que haya una orientación diagnóstica previa por otro profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rioja Zuazu J, et al. Historia clínica y exploración física en Urología. En: Jiménez Cruz JF, et al, eds. Tratado de urología. 2ª ed. Barcelona: Prous Science Ed; 2006. p. 125-42.
2. Broseta E, Budia A, Burgués JP, Luján S, Jiménez Cruz JF. Urgencias en Urología. Dolor lumbar agudo no traumático. En: Broseta E. Urología práctica, 3ª edición. Valencia: Editorial Tirant lo Blanc; 2011. p. 22-5.