



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2627 - No todo es lo que parece

E.M. Fernández Moreno^a, J.A. Ávila Rivera^b, R. Reguera Lozano^c, I.M. Blancas Sánchez^d, M.R. Gómez^e y A. Ortiz Arjona^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Ángel Villamor. UGC La Carlota. Córdoba.

^cMédico Residente de 2^o año. Centro de Salud Posadas. Córdoba. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Córdoba. ^eMédico de Familia. Consultorio de La Victoria. Córdoba.

^fMédico de Familia. Centro de Salud La Carlota. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: AP: no AMC, HTA, no DM, hiperlipemia, IAM revascularizado en 2010, insuficiencia renal crónica, apnea del sueño y obesidad. En tratamiento con: inhaladores, ramipril, alopurinol, AAS, clopidogrel, carvedilol, omeprazol y fenofibrato. EA: paciente varón de 67 años de edad que acude a urgencias derivado desde las Urgencias de su Centro de Salud por dolor lumbar y en ambas fosas renales, fiebre de 38 °C y tiritona. Ya había sido tratado con ATB por molestias urinarias sin mejoría. No otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente, orientado y colaborador, normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. T^a 38 °C, TA 140/75, FC 99 lpm, SatO₂ 98%. ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: globuloso, blando y depresible, doloroso a la palpación en ambas fosas renales y zona lumbar. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. RHA conservados. PPR bilateral +. Extremidades: no edemas ni signos de TVP. A su llegada a urgencias se realiza combur test, hematimetría, bioquímica, coagulación y sedimento de orina y se administra paracetamol iv. Combur test: leucocitos+++ , sangre+. Resto negativo. Hematimetría: leucocitos 16.700, Hb 10,4, Hto 32, plaquetas 304.000. Resto de serie roja y blanca normal. Bioquímica: glucemia 101, urea 60, creatinina 3,2 (previas 1,7-1,9). K 5,7, Na 140. FG 42 ml/min, perfil hepático normal. Coagulación: INR 1,12, TP. Act 74%. Sedimento de orina: esterasa leucocitaria 250, hemoglobina 25. Resto normal. Valorando la clínica del paciente que seguía con dolor lumbar y en analítica leucocitosis y aumento de su creatinina basal a 3,2, se solicitó ecografía abdominal para valorar las vías urinarias para descartar pielonefritis. En la eco abdominal se objetiva aneurisma de aorta abdominal por lo que realizan angio-TC de arteria aorta abdominal y angio-TC de arteria aorta torácica objetivándose ambos riñones de tamaño disminuido con adelgazamiento cortical sin ectasias. Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de morfología sacular que longitudinalmente va desde inmediatamente distal a la salida de ambas arterias renales hasta ambas ilíacas las cuales también se encuentran aneurismáticas. Diámetro máximo de la aorta se encuentra inmediatamente infrarrenal midiendo 11,7 mm siendo la luz de 10 cm y un trombo mural en media luna de 2,4 cm en la pared aórtica. El aneurisma presenta un engrosamiento de la pared anterior aórtica que se realiza con contraste y se adhiere a la 3^a porción duodenal. Afectación de partes blandas periaórticas alrededor de la pared

anterior así como escasa cantidad de líquido periaórtico. Aneurisma de arteria ilíaca externa derecha así como del segmento más proximal de ilíaca interna derecha. Aneurisma de arteria ilíaca izquierda. Tras el diagnóstico el paciente se ingresó en CCV para tratamiento ATB, control adecuado de TA y cirugía diferida.

Juicio clínico: Aneurisma aortoiliaco con trombo mural y signos de aortitis inflamatorio-infecciosa. Aneurisma adherido a la 3ª porción duodenal.

Diagnóstico diferencial: Como diagnóstico diferencial del dolor lumbar del paciente: pielonefritis, cólico renal, ITU, hernia discal lumbar, tumoración que comprima estructuras adyacentes, disección aórtica, fractura vertebral lumbar...

Comentario final: Los aneurismas son dilataciones patológicas de la pared de las arterias. La localización más frecuente de los aneurismas es la aorta. El aneurisma de aorta abdominal (AAA) es la forma más frecuente de aneurisma aórtico y casi siempre se debe a causa arterioesclerótica. Suelen ser fusiformes, como los de aorta ascendente (y a diferencia de los de cayado y aorta torácica descendente, que son saculares). En general, la localización más frecuente es la abdominal infrarrenal, seguida en frecuencia de torácica descendente, poplítea, aorta descendente y cayado. La mayoría de los AAA son asintomáticos en el momento del diagnóstico, sufren una dilatación silenciosa y lenta, por lo que se diagnostican casualmente durante la exploración física rutinaria, masa pulsátil o como consecuencia del empleo de técnicas diagnósticas. Son menos sintomáticos que los de aorta ascendente y hay que sospecharlos cuando exista sensación de plenitud, epigastralgia, y lumbalgia. Además de la edad, los factores de riesgo asociados al desarrollo del AAA, son: tabaquismo, sexo masculino, raza blanca, aterosclerosis, historia familiar e hipertensión arterial. También existen las llamadas etiologías no arterioescleróticas, que incluyen AAA asociados a síndromes como Marfan y Ehlers Danlos, y el aneurisma micótico. Las técnicas diagnósticas más empleadas son la ecografía abdominal, el TAC, la RMN y la aortografía. Por encima de 6 cm tienen una mortalidad del 50% al año. Como tratamiento está el conservador con control de la TA y seguimiento ecográfico periódico (< 5 cm asintomáticos), y el quirúrgico con resección del aneurisma e implantación de injerto de dacron o en pacientes de alto riesgo técnicas percutáneas con endoprótesis vasculares (asintomáticos > 5 cm sin contraindicación quirúrgica añadida, los sintomáticos y los de crecimiento rápido). Es importante el diagnóstico lo más pronto posible, ya que tienden a romperse y ser una complicación letal para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª edición.
2. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica "Hospital Universitario 12 de Octubre", 7ª edición.
3. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine, 18ª edición. McGraw Hill, 2011.
4. Shifrin EG, Pizov R, Perel A, et al. Urgent abdominal aortic aneurysm repair in patients over the age 80. J Cardiovasc Surg (Torino). 1987;28:167.
5. van Walraven C, Wong J, Morant K, et al. The influence of incidental abdominal aortic aneurysm monitoring on patient outcomes. J Vasc Surg. 2011;54:1290.