



216/101 - OTRO CÓLICO NEFRÍTICO

J.L. Cepeda Blanco^a, M.P. Carlos González^b, J.M. Romero Bonilla^c, A.M. González Pedraja^d, M.A. Alcaide Zafra^e y M. González Ruíz^f

^aMédico Residente de 1^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. ^bMédico Residente de 2^o año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña, Santander. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. ^dMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Santander. ^eMédico Residente de 1^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cadiz. ^fMédico de Familia. Urgencias. HUMV. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 67 años de edad, con antecedentes de HTA, FA, DM2, obeso, cólicos nefríticos de repetición, asma, apendicectomizado con 24 años. Acude consulta sin cita, interrumpiendo la de otro paciente, por dolor abdominal intenso localizado en mesogastrio y fosa renal derecha de 1h de evolución que se ha desencadenado de manera súbita mientras conducía, lo relaciona con episodios previos de cólico nefrítico y solo desea que le prescribamos Enantyum y Nolotil. Le suministramos un comprimido de Enantyum para el dolor y le pedimos que espere mientras terminamos con el paciente que tenemos citado. Cuando lo recibimos el dolor ha aumentado considerablemente, camina encorvado.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración abdominal del paciente resulta difícil por el carácter globuloso y distendido de la tripa. Parece duro, doloroso a la palpación, que a priori no permite discernir masas ni megalias, el dolor no ha remitido con Enantyum. No tiene fiebre. TA de 100/65, FC de 98. Decidimos realizar eco abdominal dada la imposibilidad de explorar el abdomen. Eco abdominal: se observa aneurisma de aorta de 9 × 7,5 cm a nivel epigástrico, desplazada hacia lado derecho, pulsátil, con flujo arterial.

Juicio clínico: Aneurisma de aorta

Diagnóstico diferencial: 1. Cólico renal. 2. Procesos inflamatorios. 3. Aneurisma de aorta. 4. Procesos isquémicos agudos.

Comentario final: Tras evidenciarse la masa aneurismática en la eco, se pide ambulancia para trasladar al paciente a urgencias inmediatamente. En ese momento, el paciente se encuentra pálido y sudoroso. Camino del hospital, se sincopa, con TA 75/43. Se instaura fluidoterapia y remonta. Al llegar al hospital se realiza TAC urgente (aneurisma disecante de aorta abdominal) y se baja a quirófano, con colocación de prótesis y buena recuperación pocos días después. Este caso enuncia la importancia de la ecografía como método diagnóstico accesible, rápido, barato y útil a la hora de valorar el abdomen de defensa. La disponibilidad de un ecógrafo en los CS facilita este tipo de exploraciones y puede aportar datos que condicionen la correcta derivación del paciente a los

servicios pertinentes. Asimismo, la ecografía es la prueba de elección en el seguimiento de aneurismas no susceptibles de intervención quirúrgica por su pequeño tamaño, labor que se podría realizar de manera rutinaria en los CS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scott RA, Wilson NM, Ashton HA, Kay DN. Influence of screening on the incidence of ruptured abdominal aortic aneurysm: 5-year results of a randomized controlled study. *Br J Surg*. 1995;82:1066.
2. Fleming C, Whitlock EP, Beil TL, Lederle FA. Screening for abdominal aortic aneurysm: a best-evidence systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2005;142:203.
3. LaRoy LL, Cormier PJ, Matalon TA, et al. Imaging of abdominal aortic aneurysms. *Am J Roentgenol*. 1989;152:785.