



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/729 - NO TODO ES UNA LUMBALGIA MECÁNICA

N. Sotelo Kesti<sup>a</sup>, F. Favá García<sup>b</sup>, E. Pérez Castro<sup>c</sup> y F. Pérez Durán<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital el Escorial. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Colmenarejo. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva del Pardillo. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 57 años con antecedentes de tabaquismo activo (3 paquetes/día) y gastritis crónica que acude por un cuadro de dos horas de dolor lancinante de inicio insidioso en región lumbar bilateral irradiado a glúteo y miembro inferior derecho, con disestesias en miembros inferiores (MMII). Refiere dolor en región lumbar bilateral de características mecánicas de meses de evolución, pero tanto el dolor como las parestesias son más intensos de lo habitual. No alteraciones del tránsito, no síndrome miccional, no fiebre. No otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 155/91; FC: 67; FR: 15; SaO<sub>2</sub>: 96%. Regular estado general, palidez cutánea, eupneico, impresiona de gravedad. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, no masas, no soplo audible, no signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal negativa. No dolor a la palpación lumbar, no apofisalgia. No eritema, no empastamiento ni aumento de temperatura local. Ausencia de pulsos femorales y distales, frialdad y palidez distal de MMII, sensibilidad y fuerza conservadas. No pérdida de continuidad de la piel ni edema. Resto normal. Se realiza electrocardiograma, sin alteraciones, y se decide traslado al hospital: angio-TAC de aorta y MMII: objetivan oclusión aguda-subaguda de aorta yuxtarenal y de ambas iliacas primitivas. Analítica: fibrinógeno 476 mg/dl. Resto normal por lo que inician heparina sódica.

**Orientación diagnóstica:** La rigurosa exploración realizada en atención primaria nos hizo pensar como primera opción en patología aórtica, lo que motivó el traslado precoz.

**Diagnóstico diferencial:** Oclusión de aorta, disección aórtica o ruptura de aneurisma de aorta, víscera perforada, dolor musculoesquelético...

**Comentario final:** El paciente permaneció estable clínica y hemodinámicamente durante los tres días de ingreso, cediendo la sintomatología con tratamiento conservador (al alta claudicación leve y sin dolor en reposo). La importancia posterior de este caso radica en el seguimiento estrecho que se realizó en atención primaria ya que se le detectó hipertensión arterial y dislipemia no conocidas. Además se insistió en la importancia del tratamiento con cilostazol, la realización de ejercicio supervisado y la abstinencia tabáquica, consiguiendo mejorar progresivamente la distancia de deambulación.

## **Bibliografía**

1. Neschis, DG, Golden, MA. Clinical features and diagnosis of lower extremity peripheral artery disease. UpToDate, 2018.

**Palabras clave:** Aorta. Dolor lumbar. Isquemia.