



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/96 - HISTORIA Y EXPLORACIÓN: AÚN ESENCIALES

A. Vázquez Sánchez^a, J.A. Saiz de Quevedo García^b, C.A. Reyes Mateo^c, K.P. Baldeón Cuenca^d, X. Piris García^e, J.S. Serrano Hernández^o, A.M. González Pedraja^f, M. Rubio Revuelta^c, M. Seco Calderón^g y M.M. San Emeterio Barragán^c

^aMédico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ^bMedicina Interna. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. ^cMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Besaya. Cantabria. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coto I. Castro Urdiales. ^fFEA Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^gMédico de Familia. CS Dávila. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 85 años, obeso, (IMC 33), exfumador hace más de 10 años con antecedentes de dislipemia, EAP con claudicación intermitente y CI; habiendo sufrido infarto inferoposterior silente y SCASEST anterior en 2002, mostrando en la CNG coronariopatía trivasa con FE conservada, tratado con pontaje aorto-coronario X3. Sigue tratamiento con pentoxifilina, fenofibrato y omeprazol. Consulta por tos y fiebre compatible con IRA. A los 4 días acude de nuevo por dolor lumbar irradiado hacia la pierna izquierda que se interpreta de carácter mecánico, administrándose Celestone IM. Acude nuevamente 6 días después por persistencia del dolor y disminución de fuerza en EII que le impide caminar. Su MAP solicita al hospital Rx de columna lumbar.

Exploración y pruebas complementarias: T.A:129/90, FC: 88, SO2 95%; CyO. EVA 10. CYC: no IVY, AC: rscrs soplo Ao. AP: crepitantes en ambas bases. Abdomen: masa pulsátil y dolorosa en mesogastrio. Dolor a la digitopresión en espinosas lumbares. EEI: pulso femoral y pedio ausentes, paresia 2/5. Rx de CV lumbosacra: Imagen compatible con un gran aneurisma de aorta abdominal trombosado con calcificación periférica. Tras la realización de la Rx vuelve a su domicilio, teniendo que acudir horas después al hospital por la intensidad del dolor, con datos de inestabilidad hemodinámica. Se realiza angioTAC aórtico que confirma aneurisma de aorta abdominal infrarenal de 10 × 10 cm con extensa trombosis parietal alcanzando la bifurcación iliaca con signos de rotura inminente. Hemograma: normal. BQ: normal. ECG: RS 81/m, Q en cara inferior ya conocido. Trasladado al servicio de CCV se coloca endoprótesis aortouniliaca derecho con oclusión intencional del eje iliaco izquierdo

Juicio clínico: Aneurisma Ao abdominal fisurado.

Diagnóstico diferencial: Lumbociática izquierda, espondilodiscitis, trombosis arterial aguda EII, ACVA, infarto renal.

Comentario final: Se trata de un paciente de elevado riesgo cardiovascular, exfumador, con claras

manifestaciones clínicas de arteriosclerosis, (EAP y CI). Acude a AP por clínica respiratoria a la que luego se añade dolor lumbar de 10 días que se acompaña de claudicación EII. Se solicita Rx lumbar que muestra aneurisma aórtico, lo cual nos indica que estamos ante una emergencia. Pese a los esfuerzos para lograr una buena coordinación de las especialidades y primaria, es evidente que aún hay gran capacidad de mejorar. Este paciente se marcha del departamento de radiodiagnóstico a su domicilio y no se informa a su MAP del hallazgo, siendo la patología Ao aguda una situación clínica crítica, cuyo pronóstico depende de la instauración temprana del tratamiento. Los factores predisponentes son HTA, (en el 80% de los casos), la edad, (entre la 5ª y 6ª décadas), es más frecuente en varones 3/1, arteriopatía periférica, conectivopatías, traumatismos y yatrogenia. Nuestro paciente era exfumador y no era hipertenso. Llama la atención la pobreza del tratamiento habitual de nuestro enfermo, que ni siquiera está antiagregado, teniendo indicado por sus antecedentes fármacos que reducen la aparición de nuevos eventos cardiovasculares, como son los IECAs, (dado que había sufrido un IAM), y la estatina (tendría indicación de estatina de alta potencia con un objetivo LDL < 70). Incluso pudiera haberse planteado la utilización de betabloqueantes pese a su EAP utilizando los de acción mixta y más cardioselectivos (carvedilol o nebivolol). También pese a acudir frecuentemente a los controles en AP es evidente que el examen físico deja mucho que desear ya que no se detecta la presencia del aneurisma, una patología de evolución crónica, hasta el momento en que se manifiesta como una emergencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Riambau V, Guerrero F, Montaña X, Gilabert R. Cirugía vascular. Aneurisma de aorta abdominal y enfermedad vascular renal. Revista Española de Cardiología. 2007;60:563-673.
2. Noel AA, Gloviczki P, Cherry KJ. Ruptured abdominal aortic aneurysms: the excessive mortality rate of conventional repair. J Vasc Surg. 2001;34:41-6.
3. Greenhald RM. Prognosis of abdominal aortic aneurysm. BMJ. 1990;30:136.
4. Smith T. European health challenges. BMJ. 1991;303:1395-7.