



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



204/201 - DOCTOR, LA BARRIGA ME PALPITA

B. Martínez Sanz^a, C. Fernández Galache^b, A. García-Lago Sierra^c, D.M. Robaina Cabrera^d, N. Guelai^c, J.M. Bravo González^e, M. Anta Fernández^f, L.P. Salag Rubio^b, I. Galán López^g y M. Seco Calderón^h

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. ^eServicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^fMédico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Cantabria. ^gMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal. ^hMédico de Familia. CS Dávila. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 56 años. Entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que presenta el paciente se encuentran: 1) HTA de siete años de evolución, en tratamiento con olmesartan/amlodipino 20/5, con buen control de cifras tensionales desde su inicio hace tres meses; 2) DM tipo 2 de tiempo de evolución desconocido, en tratamiento con metformina 1000, con cifras de HbA1c de 7.6; 3) Hipercolesterolemia de tiempo de evolución desconocido, en tratamiento con atorvastatina 20, con cifras de colesterol total de 229; 4) Obesidad de largo tiempo de evolución, con IMC 31,2; 5) Tabaquismo activo con un consumo diario de 12 cigarrillos al día. Entre sus antecedentes se incluye además, lumbalgias de repetición en tratamiento con ibuprofeno 600. En los últimos seis años se realiza en la consulta de Atención Primaria (AP), en este orden: 1) Consejo de deshabituación tabáquica, disminuyendo de 30 cigarrillos al día a 12 actualmente; 2) Entrega y explicación de dieta hiposódica y baja en grasas para control de HTA e hipercolesterolemia, sin disminuir cifras de colesterol en el último año; 3) Prescripción de ejercicio físico diario, disminuyendo 3 kg en el último año. Acude a su médico de AP por molestia periumbilical pulsátil afirmando que “le palpita la barriga”, de predominio nocturno y de una semana de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos y sin ruidos respiratorios patológicos. Abdomen: blando, depresible, palpando masa a nivel periumbilical, lateralizado hacia la derecha, pulsátil y doloroso. Extremidades Inferiores: sin edemas con pulsos periféricos presentes y simétricos. Se deriva a Servicio de Urgencias de Hospital de referencia. Analítica de rutina: normal. ECG: ritmo sinusal a 78 latidos por minuto. Ecografía de abdomen completo: dilatación aneurismática de aorta infrarrenal izquierda de 6,6 cm de diámetro mayor sin signos de rotura ni disección de trombo mural.

Juicio clínico: Aneurisma de aorta abdominal (AAA). Se realiza intervención con bypass a los dos días, presentando buen estado general un mes después.

Diagnóstico diferencial: Patología aguda abdominal: gastritis, pancreatitis, colitis isquémica...

Comentario final: Según las últimas actualizaciones sobre los factores de riesgo asociados al desarrollo de AAA cabe destacar sexo masculino, edad avanzada, raza caucásica, tabaquismo, HTA, hipercolesterolemia y aterosclerosis. Entre los factores protectores destacan sexo femenino y consumo moderado de alcohol. Así mismo, aunque diabetes mellitus es considerado un fuerte factor de riesgo de aterosclerosis, esta negativamente relacionado con AAA. El médico de AP tiene un papel importante a la hora de abordar todos aquellos factores de riesgo modificables, estableciendo, entre otras medidas, intervenciones de promoción de estilos de vida saludable, siendo necesario marcar objetivos realistas junto con los pacientes. Por último, recordar que ante todo paciente con FRCV que presente masa abdominal pulsátil y dolorosa se debe descartar siempre un posible AAA como causa potencial de mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Howard DP, Banerjee A, Fairhead JF, et al. Age-specific incidence, risk factors and outcome of acute abdominal aortic aneurysms in a defined population. *Br J Surg.* 2015;102:907.