

Dolor lumbar en paciente hipertenso. A propósito de un caso

M. C. Galindo Esteban*, M. M. Martín Buil**, J. Alba Chueca***, M. Agudo Rodrigo****

*Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Teruel. **,****Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Teruel. ***Servicio de Urgencias Hospital Obispo Polanco. Teruel.

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas aórticos constituyen la patología aórtica más grave, a pesar de que durante los últimos años se ha producido un avance en los métodos diagnósticos y terapéuticos que han mejorado ostensiblemente su pronóstico.

Presentan una incidencia de unos 5-10 casos por millón de habitantes y año. El 75% de los mismos se produce en varones, alrededor de la sexta y séptima décadas de la vida, siendo la arteriosclerosis la etiología principal en el 95% de los casos.

Desde el punto de vista de la Atención Primaria la importancia de la detección precoz radica en una buena historia clínica y exploración exhaustiva, haciendo hincapié en los pacientes que consultan por dolor torácico o dorsolumbar; teniendo en cuenta que la mayoría de los casos son asintomáticos hasta fases avanzadas el éxito del diagnóstico se basará en la sospecha clínica, sobre todo en pacientes hipertensos¹ y con signos de arteriosclerosis en distintos territorios (coronario, cerebral y periférico).

CASO CLÍNICO

Mujer de 70 años con antecedentes personales de alergia a penicilina y derivados, sin hábitos tóxicos. Histerectomía a los 58 años por prolapso uterino y fenómeno de Raynaud bilateral primario.

No presentaba hipertensión ni enfermedades endocrinometabólicas conocidas.

Diagnosticada de acuñaamiento vertebral de varios cuerpos a nivel dorsal, escoliosis y discartrosis L5-S1, solía referir habitualmente dolor dorsolumbar de características mecánicas. Era portadora de corsé ortopédico.

Durante los últimos meses acudió en varias ocasiones al servicio de urgencias por presentar dolor a nivel dorsolumbar de mayor intensidad, que fue interpretado como

secundario a su patología vertebral y tratado con antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Acudió una vez más a urgencias por presentar dolor lumbar de 24 horas de evolución, acompañado de náuseas, vómitos, sudoración profusa y palidez.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración física, destacó una tensión arterial (TA) de 220/120, con una frecuencia cardíaca (FC) de 86 lpm. Temperatura axilar de 36,6°C. Impresión de gravedad, con palidez cutánea. No hubo focalidad neurológica.

En la auscultación cardíaca, se apreciaron tonos rítmicos, sin soplos ni ruidos, con refuerzo del segundo tono, y en la auscultación pulmonar, normoventilación bilateral.

El abdomen era blando y depresible, no doloroso y sin visceromegalias. No se detectaron masas palpables. Presentaba dolor a la palpación en apófisis espinosas dorsolumbares.

—Bioquímica: glucosa 141 mg/dl; urea 41 mg/dl; creatinina 0,7 mg/dl; Na 134 mEq/l; K 4,7 meq/L; proteínas totales 7,6 mg/dl; Cl 104 mEq/l.

—Radiografía de tórax: Elongación y tortuosidad de aorta torácica y crecimiento ligero de ventrículo izquierdo.

Con el diagnóstico de crisis hipertensiva nos fue remitida para instauración de tratamiento y seguimiento.

Evolución

Se pautó tratamiento antihipertensivo con valsartán de 160 mg, y dadas las características del dolor y con la sospecha clínica de posible aneurisma de aorta, se solicitó ecografía abdominal urgente, donde se evidenció una aorta abdominal tortuosa y elongada, con dilatación aneurismática de aspecto fusiforme de unos 7 cm de longitud por 5 por 4 de diámetro anteroposterior y transversal, que a nivel posterior mostró proyecciones ecogénicas papilares y lineales. Ante la sospecha ecográfica de disección aórtica crónica se solicitó tomografía axial computarizada (TAC) abdominal.

Ésta mostró trayecto aórtico tortuoso, con importante elongación desde el área epigástrica y aneurisma infrarrenal con calibre aórtico de 5,5 cm, con imágenes sospecho-

Correspondencia: Dra. M^a del Mar Martín Buil.
Avda. Las Estrellas, 19, 4^o C.
50012 Zaragoza.

Recibido el 7-3-2002; aceptado para su publicación el 16-5-2002.

sas de disección aórtica a nivel infrarrenal. Aorta torácica ateromatosa, sin que se apreciase claramente disección.

La paciente fue derivada al servicio de cirugía vascular para tratamiento quirúrgico. Fue intervenida confirmando la existencia de aneurisma disecante de aorta a nivel infrarrenal y en arteria ilíaca primitiva derecha, disección al parecer proveniente de aorta proximal, con falsa luz trombosada y fenestrada en aorta terminal.

Se realizó resección e injerto aorto-ilíaco de 18 x 9 mm, presentando un postoperatorio no complicado.

En el ecocardiograma posterior no se identificaron imágenes de disección a nivel de aorta torácica.

Se produjo el alta hospitalaria continuando con su tratamiento antihipertensivo asociado a antiagregantes plaquetarios (trifusal) y debiendo seguir control mediante TAC toraco-abdominal.

DISCUSIÓN

Un aneurisma se produce por la dilatación patológica de un vaso sanguíneo. Si se afectan las tres capas del vaso se considera aneurisma verdadero. Cuando la afectación es a nivel de íntima y media, y la dilatación está recubierta por adventicia, se habla de pseudoaneurisma.

Los aneurismas aórticos pueden localizarse a nivel de aorta torácica (sobre todo en cayado y aorta descendente), y con más frecuencia en aorta abdominal.

La disección de la aorta¹ se caracteriza por la creación en la capa media de una falsa luz que tiene su origen en la íntima y se extiende distal y proximalmente a lo largo del vaso.

Existe una clasificación para la disección aórtica (Stanford)²:

—Tipo A: disección de la aorta ascendente con independencia de la extensión distal.

—Tipo B: aorta transversa (cayado) y/o descendente sin afectar a la aorta ascendente.

En cuanto a su presentación clínica, son asintomáticos en fases iniciales, y en ocasiones pueden presentarse como dolor torácico (90% de los casos), de carácter brusco en el caso de la disección aórtica³, con sensación de desgarrar a nivel del tórax, irradiado a espalda, o crónico⁴ (si no existe disección); y dolor en región dorsal, lo que es frecuente en pacientes de edad avanzada. El hallazgo más habitual es la hipertensión arterial⁵.

Otras formas de presentación se derivan de las estructuras adyacentes afectas, como son los síntomas derivados de la compresión de los nervios vagos y recurrentes, así como de la cava superior.

Pueden producir síntomas por disección, extensión a estructuras vecinas, compresión, obstrucción y erosión^{3,4}.

Al comprimir estructuras respiratorias pueden provocar disnea o procesos neumónicos; hemoptisis si existe una erosión de las mismas. La compresión o erosión de esófago provoca disfagia y hematemesis abundante. Si es en duodeno puede ocasionar una hemorragia digestiva con melenas o hematemesis.

Cuando se afectan cuerpos vertebrales se produce dolor y déficits neurológicos por lesión medular. En ciertos casos se pueden provocar embolias a vísceras o a extremidades inferiores a partir de trombos murales.

En aorta abdominal la mayoría de los aneurismas se localizan en zona distal, suelen ser asintomáticos y descubrirse en exploraciones rutinarias como una masa palpable, no dolorosa que puede ser pulsátil, o como un hallazgo en pruebas de imagen por otras causas.

En el diagnóstico de esta patología, con la radiografía de tórax, podemos evidenciar signos tales como: ensanchamiento mediastínico, doble contorno aórtico, derrame pleural o desviación traqueal. Para confirmarlo, en el caso de que se trate de una disección aórtica, la angiografía es el método más fiable (informa sobre la extensión y grado de disección y el lugar exacto de la rotura)⁶. La TAC demuestra bien la existencia de disección, aunque está limitada en cuanto al sitio de entrada, extensión y presencia de insuficiencia valvular. La resonancia magnética nuclear (RMN) constituye el método de mayor especificidad y sensibilidad junto con la angiografía, aunque tiene menor accesibilidad, por lo que suele limitarse a la fase aguda en pacientes estables.

La ecocardiografía transesofágica (ETE) constituye en los últimos tiempos el método de elección para el diagnóstico⁷.

El tratamiento inicial debe ser médico, encaminado sobre todo a la disminución de la TA y posteriormente, al determinar la localización, extensión, grado y complicaciones de la lesión, realizar la reconstrucción quirúrgica de la misma⁸.

Según la clasificación de Stanford, las pautas de tratamiento se clasifican según el tipo de lesión^{2-4,6-9}:

Tipo A

—Agudo. Se realiza cirugía urgente.

—Crónico. Mediante cirugía electiva.

Tipo B

—Agudo no complicado. Se resuelve con tratamiento médico.

—Agudo complicado. (Cuando existe hipertensión arterial y dolor persistente, falsa luz de pared fina, rotura aórtica, isquemia distal o extensión de la disección) en los que deberá realizarse cirugía de urgencia.

—Crónico. Cirugía electiva.

La mortalidad postoperatoria, aunque ha descendido en los últimos tiempos, continúa siendo elevada, de un 5%-15% según las series¹⁰. La supervivencia a largo plazo es baja, sobre todo debido a los problemas cardiovasculares asociados. La disección aórtica puede requerir de varias intervenciones tras la primera reparación, por lo que debe de seguirse una estrecha vigilancia. Se deben mantener cifras tensionales adecuadas, y realizar exploración física y radiología torácica cada tres meses durante el primer año, seguido de TAC o RMN, cada 6 meses, con el fin de detectar de forma precoz la existencia de complicaciones asociadas a la intervención o a la propia patología *per se*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Creager MA. Aneurysmal disease of the aorta and its branches. En: Loscalzo J, editor. *Vascular medicine*. Boston: Little Brown; 1996.p.907-25.
2. Lansman SL, Galla JD, Schor JS, Ergin MA, Griep RB. Subtypes of acute aortic dissection. *J Card Surg* 1994;9:729-33.
3. Fuster V, Halperin JL. Aortic dissection: A medical perspective. *J Card Surg* 1994;9:713-28.
4. Bickerstaff LK, Pairolo PC, Hollier LH, Melton LJ, Van Peenen JH, Cherry KJ, et al. Thoracic aortic aneurysms: A population based study. *Surgery* 1982;92:1103.
5. Caballero GFJ, Maceda SA, Rubio GAF, Vega GMTJ, Lozano NJJ, Rodríguez LL, et al. Aneurisma abdominal aórtico en pacientes hipertensos. *Pev Mex Cardiol* 1997;8(1):21-4.
6. Cigarroa JE, Isselbacher EM, De Sanctis RW, Eagle KA. Diagnostic imaging in the evaluation of suspected aortic dissection. Old standards and new directions. *N Engl J Med* 1993;28(1):35-43.
7. Keren A, Kim CB, Hu BS, Eyngorina J, Billingham ME, Mitchell RS, et al. Accuracy of biplane and multiplane transesophageal echocardiography in diagnosis of typical acute aortic dissection and intramural hematoma. *J Am Coll Cardiol* 1996;28:627-36.
8. Ballard DJ, Fowkes FGR, Powell JT. Surgery for small asymptomatic abdominal aortic aneurysms. *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update Software; 2002.
9. Jault F, Nataf P, Rama A, Fontanel M, Vaissier E, Pavie A, et al. Chronic disease of the ascending aorta. Surgical treatment and long-term results. *J Thora Cardiovasc Surg* 1994;108(4):747-54.
10. Gordillo BLH, Molinar RF, Vázquez HMI, Baltazar TJA, Soberanes RL, Cruz ME. Morbilidad y Mortalidad de pacientes operados de aneurisma de aorta abdominal en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Asoc Mex Crit y Ter Int* 1999; 13(1): 5-11.