



SITUACIÓN CLÍNICA

Lumbalgia crónica y aneurisma de aorta abdominal

E. Zúñiga Cedó* y L. Vico Besó

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Les Roquetes, Área Básica de Salud Garraf Rural, Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Costa Ponent, Barcelona, España

Recibido el 7 de mayo de 2012; aceptado el 1 de julio de 2012
Disponible en Internet el 12 de septiembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Aneurisma de aorta abdominal;
Lumbalgia;
Diagnóstico diferencial;
Atención primaria

KEYWORDS

Abdominal aortic aneurysm;
Low back pain;
Differential diagnosis;
Primary care

Resumen El aneurisma de aorta abdominal tiene una prevalencia en la población del 2-5% y una mortalidad en caso de rotura del 80%. Hasta en el 91% de los casos se acompaña de lumbalgia, por lo que es importante incluir el aneurisma de aorta como diagnóstico diferencial de la lumbalgia crónica.

La lumbalgia es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios y de atención primaria. Se estima que el 80% de las personas presentará dolor raquídeo en algún momento de su vida, siendo en un 90% de curso benigno.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Chronic low back pain and abdominal aortic aneurysm

Abstract Abdominal aortic aneurysm has a population prevalence of 2-5% and mortality in case of rupture of 80%. Up to 91% of cases is accompanied with low back pain, so it is important to include aortic aneurysm in the differential diagnosis of chronic low back pain.

Low back pain is one of the most frequent reasons for consultations in Services Emergency Hospital Emergency and Primary Care Services, with an estimated 80% of population having spinal pain at some point in their lives, with 90% of them having a benign course.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El aneurisma de aorta abdominal¹ tiene una prevalencia en la población del 2-5% y una mortalidad en caso de rotura del 80%. Hasta en el 91% de los casos se acompaña de lumbalgia,

por lo que es importante incluir el aneurisma de aorta como diagnóstico diferencial de la lumbalgia crónica, más aún si tenemos en cuenta que los aneurismas que se presentan con síntomas tienen un riesgo incrementado de rotura².

La lumbalgia es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios y de atención primaria. Se estima que el 80% de las personas presentará dolor raquídeo en algún momento de su vida, siendo en un 90% de curso benigno. Al realizar el abordaje de la lumbalgia deberemos incluir el aneurisma de aorta abdominal en el

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ezequielzuce@hotmail.com
(E. Zúñiga Cedó).

diagnóstico diferencial de aquellos pacientes que presenten factores de riesgo para esta afección.

Caso clínico

Se trata de un varón de 61 años, de profesión yesero, sin alergias medicamentosas conocidas, no fumador y con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 y arteriopatía periférica intervenida en 2008 (*bypass* + *stent* iliaco bilateral). Fue tratado de la forma habitual con: AAS 100 mg (1/24 h), atorvastatina 40 mg (1/24 h), valsartán 160 mg (1/24 h), nebivolol 5 mg (1/24 h), metformina 850 mg (1/12 h), cilostazol 100 mg (1/12 h) y sitagliptina 100 mg (1/24 h).

Acude a nuestro centro de atención primaria por agudización de una lumbalgia crónica de un año de evolución aproximadamente por la que había consultado de forma puntual al iniciarse el proceso. Se trata de un dolor no irradiado que mejora en reposo y empeora con el decúbito, con la marcha y con los esfuerzos, tanto que lo deja incapacitado y con escasa respuesta al tratamiento sintomático.

En la exploración física presenta buen estado general, unas cifras de presión arterial de 130/75 mmHg, una frecuencia cardíaca de 69 lat./min. En la auscultación cardiorrespiratoria no hay hallazgos patológicos. El abdomen es blando y depresible, no doloroso, y no se palpan ni masas ni soplos.

La palpación de las apófisis espinosas dorsolumbares no es dolorosa, no hay deformidades. Signo de Lasègue bilateral negativo, ligera limitación en la flexoextensión del tronco y resto de movimientos conservados. Puñopercusión lumbar bilateral negativa, reflejos osteotendinosos conservados, sin alteraciones de la sensibilidad ni de la fuerza y no hay alteraciones de los esfínteres. Pulsos periféricos presentes y simétricos; algo más débiles en arterias pedias. Sin edemas periféricos.

Ante la larga evolución de los síntomas, la escasa respuesta al tratamiento convencional y el aumento reciente de la intensidad del dolor se solicita radiografía lumbosacra en la que se observan signos degenerativos en L5-S1 y aorta calcificada con una dilatación de 6 cm en la aorta abdominal.

Se trata de un paciente de 61 años con numerosos factores de riesgo cardiovascular, dolor lumbar crónico y dilatación aórtica de aproximadamente 6 cm compatible con un aneurisma de aorta abdominal. Ante este hallazgo se deriva al servicio de referencia de cirugía vascular donde, tras realizar estudio con angiotomografía computarizada (angio-TC) se confirma la presencia de un aneurisma de aorta abdominal con diámetro transversal máximo de 4,8 cm y longitudinal de 9 cm, con trombosis mural concéntrica originada a nivel infrarrenal que se extiende hasta el inicio de la bifurcación iliaca.

Se indica la necesidad de intervención quirúrgica con colocación de endoprótesis. El paciente presenta una buena evolución tras la cirugía.

Discusión

La lumbalgia^{1,3} es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios y de atención primaria. Se estima que el 80% de las personas presentará dolor raquídeo en algún momento de su vida,

Tabla 1 Factores de riesgo mayores para el desarrollo de un aneurisma de aorta abdominal

Edad (> 65 años)
Sexo masculino
Tabaquismo
Historia familiar

Adaptada de O'Gara et al.⁵.

siendo en un 90% de curso benigno, generalmente secundario a sobrecargas musculoesqueléticas o a procesos degenerativos crónicos como la artrosis. La mayor parte de las lumbalgias son transitorias y no amenazan la vida del paciente ni guardan relación con importantes lesiones estructurales.

En la mayoría de los casos el diagnóstico de lumbalgia se realiza por criterios clínicos y se inicia su abordaje con tratamiento sintomático.

El aneurisma de aorta abdominal¹ tiene una prevalencia en la población del 2 al 5% y una mortalidad en caso de rotura del 80%. Hasta en el 91% de los casos se acompaña de dolor lumbar, por lo que es importante incluirlo como diagnóstico diferencial de la lumbalgia⁴, especialmente en aquellos pacientes que presenten factores de riesgo para desarrollar un aneurisma (tabla 1). En la mayoría de los casos es un hallazgo casual en el estudio de otras enfermedades.

La ecografía abdominal es el método diagnóstico de elección (con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 100%)². La TC y la resonancia magnética pueden usarse en pacientes seleccionados en los que la exploración ecográfica se vea dificultada (por ejemplo, pacientes con obesidad abdominal)⁵.

Los aneurismas de aorta abdominal habitualmente son asintomáticos⁴. En caso contrario sus manifestaciones comprenden: la lumbalgia, a veces irradiada a región escrotal simulando un cólico nefrítico; las algias abdominales inespecíficas, o la presencia de una masa abdominal pulsátil.

Por otro lado, la rotura es la primera manifestación clínica en el 25% de los casos³. El riesgo es menor del 2% si son inferiores a 5 cm, del 5 al 10% si tienen entre 5 y 6 cm y del 20% si superan los 7 cm. En caso de rotura de un aneurisma los signos de alarma son: hipotensión, lumbalgia (91%) y masa abdominal pulsátil (50%). Aunque la sintomatología por sí sola es diagnóstica en un 38% de los pacientes⁶, se precisará de técnicas radiológicas en la mayoría de los casos. Suele constituir una situación de extrema gravedad, con frecuencia mortal (estimada en un 80-90%), según la superficie rota y el grado de contención ejercido por estructuras adyacentes, pudiendo producir un shock hipovolémico irreversible con muerte súbita por parada cardíaca, o un shock hipovolémico moderado manteniéndose dentro de los límites hemodinámicos recuperables.

En raras ocasiones, la rotura es posterior y permanece sellada por el hematoma⁷, pudiéndose mantener en esa situación durante años⁶, bien asintomático o con síntomas como un dolor lumbar inespecífico, simular una radiculopatía y/o paraplejía.

Ante el hallazgo de un aneurisma de aorta abdominal en la consulta con clínica y exploración física indicativas de

rotura debemos derivar al paciente de forma urgente a un centro hospitalario.

Los aneurismas mayores de 4 cm deberían derivarse a una unidad cardiovascular por vía preferente en aquellos casos que sean asintomáticos y de forma urgente si se acompañan de síntomas⁸. Requerirán tratamiento quirúrgico por lo general los aneurismas mayores de 5,5 cm.

En los aneurismas con un tamaño comprendido entre 3 y 4 cm el seguimiento puede realizarse de forma ambulatoria mediante ecografía abdominal periódica, si bien se recomienda una valoración por parte del cirujano vascular por vía ordinaria.

Conclusión

Consideramos que ante esta situación se debe atender la posibilidad de la coexistencia de enfermedades intraabdominales potencialmente graves como el aneurisma de aorta abdominal en el diagnóstico diferencial de la lumbalgia crónica. Aunque esto sea poco frecuente, medios de bajo coste como la radiografía y la ecografía abdominal dirigidas nos permiten descartar esta enfermedad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los

pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Edwards JZ, Weiner SD. Chronic back pain caused by an abdominal aortic aneurysm: case report and review of the literature. *Orthopedics*. 2003;26:191-2.
2. Aggarwal S, Qamar A, Sharma V, Sharma A. Abdominal aortic aneurysm: a comprehensive review. *Exp Clin Cardiol*. 2011;16:11-5.
3. Estevan Solano JM, Valle González A, Menéndez Pérez A. Epidemiología de los aneurismas de aorta abdominal. *Med Clin (Barc)*. 1993;100:464-8.
4. Fielding JW, Black J, Ashton F, Slaney G, Campbell DJ. Diagnosis and management of 528 abdominal aortic aneurysms. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981;283:355-9.
5. Criqui MH, Alberts MJ, Fowkes FG, Hirsch AT, O'Gara PT, Olin JW. Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Symposium II: Screening for Atherosclerotic Vascular Diseases: Should Nationwide Programs Be Instituted? *Circulation*. 2008;118:2830-6.
6. Nakagawa Y, Masuda M, Shiihara H, Furukawa H, Hayashida N, Kasegawa H, et al. A chronic contained rupture of an abdominal aortic aneurysm complicated with severe back pain. *Ann Vasc Surg*. 1990;4:189-92.
7. Sterpetti AV, Blair EA, Schultz RD, Feldhaus RJ, Cisternino S, Chasan P. Sealed rupture of abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg*. 1990;11:30-5.
8. Hirsh AT, Haskal ZJ, Hertzner NR, Bakal CW, Creager MA, Halperin JL, et al. ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease (Lower Extremity, Renal, Mesenteric, and Abdominal Aortic). *Circulation*. 2006;113:463-5.