



Clínica cotidiana

Dolor lumbar de larga evolución y hallazgo de aneurisma de la aorta abdominal

Jackeline Lucia Carrera Sieiro^a, Keith Albert Foo Gil^b, José Carlos Sánchez Sánchez^c, Manuel Devesa Muñiz^d, Jose Manuel Solla Camino^d, Aquilino Vázquez Fernández^e

^aComplejo Hospitalario Universitario de Ourense, ^bCentro de salud A ponte. Ourense, ^cHospital de Poniente, El Ejido. Almería, ^dCentro de salud Allariz. Ourense, ^eCentro de salud Outomouro-Cartelle.

Correspondencia: foo.keith@gmail.com.

INFORMACION DEL ARTICULO

On-line el 15 d Octubre de 2020

Palabras clave:

Aneurisma de aorta abdominal,
Lumbalgia crónica.

RESUMEN

El dolor lumbar es una de los motivos de consultas más frecuente en Atención Primaria. El 80% de las personas lo padece en algún momento de su vida y en la mayoría de los casos suele ser de origen musculoesquelético y curso agudo, sin embargo, en algunas ocasiones pueden ser secundarios a patologías infecciosas, neoplásicas e incluso vasculares; el siguiente caso describe el hallazgo de un Aneurisma de Aorta Abdominal en un paciente con dolor lumbar crónico mediante ecografía. Los aneurismas de aorta abdominal habitualmente son asintomáticos. En caso contrario pueden cursar con lumbalgia. La Ecografía es el gold standard para el diagnóstico en la mayoría de los casos.

©Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
Publicado por Ecosemg Galicia.

Long-evolving lumbar pain and finding abdominal aortic aneurysm

ABSTRACT

Keywords:

Abdominal aortic aneurysm,
Chronic low back pain.

Low back pain is one of the most frequent reasons for consultations in Primary Care. 80% of people suffer from it at some point in their lives and in most cases it tends to be of a musculoskeletal origin and an acute course, however, on some occasions they may be secondary to infectious, neoplastic and even vascular pathologies; The following case describes the finding of an Abdominal Aortic Aneurysm in a patient with chronic low back pain by ultrasound. Abdominal aortic aneurysms are usually asymptomatic. Otherwise, they may have low back pain. Ultrasound is the gold standard for diagnosis in most cases.

Varón de 82 años edad quien acude en múltiples oportunidades por lumbalgias a repetición tratados con AINES con mejoría parcial de la sintomatología; en el último episodio paciente refiere mareo, con sensación de desvanecimiento. No refiere dolor torácico ni disnea. Se trata de un do-

lor no irradiado que mejora en reposo y empeora con el decúbito, con la marcha y con los esfuerzos.

Entre sus Antecedentes personales: niega alergias medicamentosas, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia leve y anemia macrocítica; en tra-

tamiento habitual con: ASA 100mg, Omeprazol 40 mg y Simvastatina 20 mg.

Exploración física: Paciente con buen estado general, normo hidratado, normo térmica, con TA: 130/60 mmhg, Fc: 65 lpm, Fr: 18 rpm. EKG: ritmo sinusal, sin alteraciones agudas de la repolarización. *Abdomen:* blando, depresible, no visceromegalias, ruidos hidroaereos presentes, puño percusión renal negativa *Osteomuscular:* Apófisis espinosas no dolorosas, con dolor a la palpación a nivel paravertebral lumbar, no otros hallazgos de importancia. *Extremidades:* eutróficas, sin presencia de edemas, pulsos presentes y simétricos en las 4 extremidades. Reflejos osteotendinosos conservados, sin alteraciones de la sensibilidad ni de la fuerza y no hay alteraciones esfintereanas. *Neurológico:* paciente vigil, activo, sin presencia de focalidad.

En vista de los hallazgos clínicos tan inespecíficos, se decide realizar Ecografía abdominal visualizando dilatación aneurismática fusiforme de la aorta infrarrenal con un tamaño en corte transversal aproximadamente de 4x3,7mm, el tamaño sagital de 6,8mm, no se observan alteraciones significativas a nivel de intima. Se aprecia una discreta dilatación de ambas iliacas en torno a 1cm aproximadamente. (video 1)

Ante estos hallazgos ecográficos en nuestra consulta, el paciente fue remitido a la consulta de Cirugía vascular, solicitando TAC abdomino pélvico con contraste: donde se visualiza aorta torácica descendente distal y abdominal proximal, elongada, con discreta ateromatosis calcificada y ectásica, siendo los diámetros máximos obtenidos a nivel de la altura del diafragma de 28,7mm, en el origen del tronco celiaco de 27,1mm y de la arteria mesentérica superior de 23,3mm.

Aneurisma de morfología fusiforme de la aorta abdominal infrarrenal con discreta calcificación intimal, que presenta un diámetro máximo de 47,4 mm y una extensión craneocaudal de 51,9 mm. La aorta abdominal inmediatamente posterior del aneurisma se encuentra discretamente dilatada y alcanza un diámetro máximo de 25,1mm. El cuello del aneurisma tiene un diámetro de 21,7 mm y una longitud de 20mm. Discreta irregularidad de ambos ejes iliacos comunes, en

relación con placas de ateromas calcificado. La arteria iliaca común derecha tiene una longitud de 47,5 mm y un diámetro de 12,8 mm y a la izquierda una longitud de 72,5 mm y un diámetro de 12,1 mm. (Figura 1)(Figura 2) (Video 2)

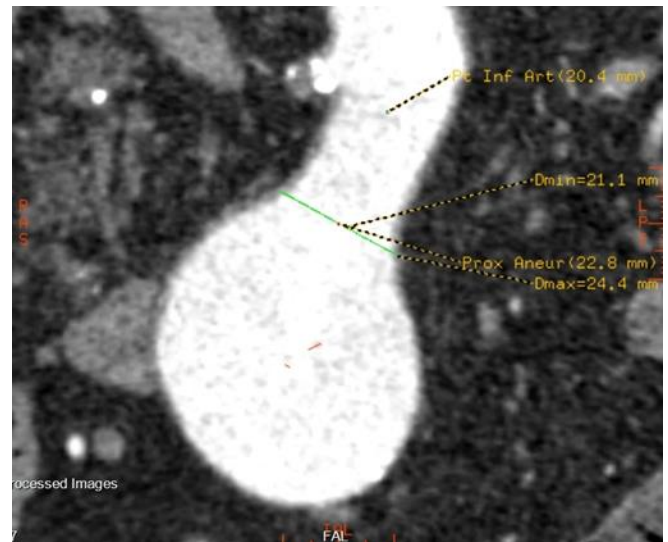


Figura 1.



Figura 2.

Evolución: Paciente siguió en seguimiento por Cirugía Vascular, hasta que el aneurisma alcanza el tamaño de 52 mm y es sometido a reparación endovascular percutánea con colocación de endoprótesis bifurcada Endologix- AFX. Evolución favorable de su posoperatorio inmediato, mediano y tardío. (Figura 3).



Figura 3.

COMENTARIO

Discusión

La historia clínica cobra especial relevancia pues frecuentemente el diagnóstico diferencial estará basado exclusivamente en elementos de alarma identificados en la anamnesis del paciente con dolor lumbar.

El dolor lumbar prolongado que dura más de 6 ó 12 semanas (evolución subaguda o crónica, respectivamente) es un elemento clínico que nos obliga a evaluar la presencia de infección o neoplasia. Se estima que hasta 15% de los pacientes evaluados por dolor lumbar agudo tendrán un curso crónico, por lo que el clínico debe educar al paciente sobre la necesidad de mantenerse en control médico si la dolencia persiste en el tiempo.

La instalación brusca e ictal del dolor, sin gatillantes específicos, debe plantear la posibilidad de patología aortica aguda (disección, rotura) u otras patologías retroperitoneales como hematomas espontáneos o urolitiasis. La sospecha de patología aórtica aguda, fracturas vertebrales por compresión y neoplasias debe ser alta en pacientes mayores de 50 años, así como en los menores de 20 años son más frecuentes los cuadros de espondilólisis o espondilolistesis.^{1,2}

La incidencia de aneurisma de aorta abdominal aumenta rápidamente con la edad en hombres mayores de 55 años y mujeres sobre los 70 años. La prevalencia en hombres mayores de 65 años es cercana al 5% y su hallazgo suele ser inci-

dental en estudios de imágenes solicitados por otros motivos. La ruptura del aneurisma de aorta abdominal es una verdadera emergencia vital con sobrevida de 11% a los 30 días. El 25% de los pacientes fallecen antes de llegar al hospital, 51% fallece en el hospital antes de alcanzar el pabellón y, de quienes acceden a cirugía, el 46% fallece durante la cirugía. La triada clásica de dolor abdominal o lumbar y en los flancos, hipotensión arterial y masa abdominal pulsátil es relativamente infrecuente (30%-50% de los casos) y es común que el diagnóstico sea confundido con cólico renal o diverticulitis.

Es importante tener en consideración que el dolor lumbar en la ruptura de aneurisma de aorta abdominal se puede acompañar de otros síntomas de la esfera urológica, gastrointestinal o vascular.^{3,4}

La ecografía abdominal, es el método diagnóstico de elección (con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 100%). 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 asintomáticos. 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. 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 síntomas. 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.⁶

Conclusiones

Una vez más, podemos darnos cuenta de la alta rentabilidad diagnóstica de la Ecografía abdominal en la atención primaria con altos niveles de

sensibilidad y especificidad en la determinación del aneurisma abdominal, y sobretodo en aquellos mínimos porcentajes que puede cursar con lumbalgias crónicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Isselbacher EM. Thoracic and abdominal aortic aneurysms. *Circulation* 2005; 111: 816-28.
2. Tsuchie H, Miyakoshi N. et al. High prevalence of abdominal aortic aneurysm in patients with chronic low back pain. *Tohoku J Exp Med.* 2013 Jun;230(2):83-86.
3. Edwards JZ, Weiner SD. Chronic back pain caused by an abdominal aortic aneurysm: case report and review of the literatura. *Orthopedics.* 2003;26:191-2.
4. Brevetti G, Laurenzano E. et al. Infrarenal abdominal aortic aneurysms. *G Ital Cardiol (Rome).* 2007 Sep;8(9):543-51. Review. Italian.
5. Rubano E, Mehta N, Caputo W, Paladino L, Sinert R. Systematic review: emergency department bedside ultrasonography for diagnosing suspected abdominal aortic aneurysm. *Acad Emerg Med.* 2013;20:128–38.
6. Aydogan M, Karatoprak O. Et al. Severe erosion of lumbar vertebral body because of a chronic ruptured abdominal aortic aneurysm. *Spine J.* 2008 Mar-Apr;8(2):394-6. doi: 10.1016/j.spinee.2006.12.001. Epub 2007 Feb 2.