Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3305

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4888 - LUMBALGIA SÚBITA

P. de Marcos López[a], C. Rodríguez Valles[a], Á. Alonso Prendes[b], L. Garrido Acosta[c], V. Vázquez Rey[d] y D. García Palma[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sama. Langreo. Asturias. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Felguera. Langreo. Asturias. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Riaño. Langreo. Asturias. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Valle del Nalón. Gijón. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 56 años. Fumadora de 20 cig/día. Sin antecedentes médicos de interés. Acude por dolor en región lumbar de hora y media de evolución sin mejoría tras analgesia convencional. Lumbalgia sin irradiación hacia miembros inferiores. Niega esfuerzos previos. Durante la exploración física, la paciente comienza a sentir malestar general con disminución de la tensión arterial y dolor transfixiante de gran intensidad en la zona lumbar. Por lo que, ante la sospecha de una posible disección aórtica, se decide realizar TAC aórtico, compatible con disección aórtica tipo B.

Exploración y pruebas complementarias: MEG, pálida, sudorosa. Eupneica. Ritmos cardíacos normales a 80 lpm. MVC sin ruidos añadidos. MMII sin edemas ni signos de TVP. Pruebas analíticas: bioquímica, hemograma y coagulación normales. ECG: bradicardia sinusal a 50 lpm. Elevación del ST de un mm en cara anterior. T negativas en cara lateral. TAC aorta: Disección aórtica tipo B con puerta de entrada a nivel vértebra T9. Se identifica la luz falsa que asciende hasta el cayado aórtico distal a la salida de la subclavia izquierda. En la arteria renal derecha y arteria mesentérica inferior se origina la luz falsa, se encuentra parcialmente trombosada, estenosis del 70%. La disección se extiende hasta la bifurcación de las arterias iliacas. Dilatación de la arteria aorta ascendente de 4 cm con dilatación del istmo aórtico de 3,8 cm. Conclusión: disección aorta descendente tipo B de Stanford, con arteria renal derecha y arteria mesentérica inferior.

Juicio clínico: Disección aorta descendente.

Diagnóstico diferencial: Disección A/B. Lumbalgia. Pielonefritis IAM.

Comentario final: Dado que la paciente se encontraba con control adecuado de TA, sin clínica isquémica ni alteración de diuresis con exploración arterial normal, se decide tratamiento conservador de la disección con fármacos hipotensores y control angioTAC en 6 meses.

Bibliografía

1. Eagle KA, Quertermous T, Kritzer GA, Newell JB, Dinsmore R, Feldman L, et al. Spectrum of conditions initially suggesting acute aortic dissection but with negative aortograms. Am J

Cardiol. 1986;57:322-6.
2. Jagannath AS, Sos TA, Lockhart SH, Saddekni S, Sniderman KW. Aortic dissection: a statistical analysis of the usefulness of plain chest radiographic findings. Am J Radiol. 1986;147:1123-6.

Palabras clave: Lumbalgia. Disección aórtica. Dolor transfixiante.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.