



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1925 - Síncope mas dolor abdominal

N. Matamoros Contreras^a, Á.C. Escribano Tovar^b, J. Moreno Lamela^c, S. Sayago Gil^b, D. Gómez Prieto^d, A. Márquez Martínez^d, M. Valenzuela Cortés^e y J.P. Moraga Galindo^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. ^bMédico Interno Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. ^cMédico Interno Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. ^fMédico Interno Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 59 años con antecedentes médicos de cardiopatía hipertensiva (en tratamiento domiciliario con valsartán 80 mg cada 24 horas) y obesidad, que es trasladado a Urgencias del Hospital Universitario Puerta del Mar tras sufrir desvanecimiento en la vía pública con posterior síncope de unos segundos de duración y dolor centroabdominal irradiado a flancos. Ausencia de relajación de esfínteres, no presentaba dolor torácico, disnea, alteraciones del ritmo intestinal, sangrados ni otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: A la llegada a Urgencias el paciente está normotenso, afebril, algo bradicárdico y eupneico en reposo con saturación de oxígeno al 99%. Aceptable perfusión periférica. En la exploración neurológica presenta Glasgow de 15 sin focalidad. Auscultación respiratoria con roncus dispersos bilaterales. Auscultación cardíaca con tonos puros y rítmicos, sin soplos. Abdomen globuloso, depresible y doloroso a la palpación en ambos flancos. Miembros inferiores sin edemas y pulsos distales presentes y simétricos. ECG sin alteraciones del ritmo ni del ST. Radiografía de tórax y analítica dentro de la normalidad. Se solicita TC toracoabdominal, donde se observa aneurisma de Aorta abdominal infrarrenal con morfología fusiforme de unos 5,8 × 5 × 8 cm de diámetro, que se extiende hasta la bifurcación ilíaca; y un extenso hematoma retroperitoneal que se extiende hacia el espacio pararrenal anterior izquierdo (hallazgos compatibles con rotura de aneurisma de aorta abdominal). El paciente ingresa en C. Vascular para intervención quirúrgica.

Juicio clínico: Rotura de aneurisma de aorta abdominal.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial deberemos realizarlo con otras causas de dolor abdominal agudo como pancreatitis, obstrucción intestinal, víscera perforada, diverticulitis, apendicitis o colecistitis; con patología de origen vascular como infarto agudo de miocardio o isquemia intestinal; y con otras causas de síncope en este caso como son el TEP, el taponamiento cardíaco o la disección de aorta, que suelen ir acompañados de dolor torácico o disnea.

Comentario final: El desarrollo del aneurisma aórtico abdominal (AAA) se asocia a factores de riesgo como la aterosclerosis, el tabaco, la hipertensión arterial y la dislipemia. Su incidencia aumenta con la edad y está

claramente relacionada con el sexo masculino. La localización infrarrenal es la más frecuente. En la mayoría de los casos son asintomáticos y el cuadro de mayor gravedad es la rotura del aneurisma, que se presenta como dolor abdominal o lumbar, shock hemorrágico (aunque el paciente puede estar hemodinámicamente estable), y a la exploración evidencia de una masa abdominal pulsátil. Con la práctica precoz de técnicas quirúrgicas de resección y sustitución protésica se evita la rotura. Sin embargo, también hay riesgo de mortalidad con el tratamiento electivo, por lo que éste se realiza dependiendo fundamentalmente del tamaño del aneurisma. La incorporación del tratamiento endovascular permite un tratamiento electivo y urgente, con resultados iniciales más esperanzadores debido a la menor agresividad de la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valdés F, Sepúlveda N, Krämer A, et al. Frequency of abdominal aortic aneurysms in subjects with cardiovascular risk factors. 2003;131:741-7.
2. Riambau V, Guerrero F, Montaña X, Gilbert R. Aneurisma de Aorta abdominal y Enfermedad Vascular Renal. Rev Esp Cardiol. 2007;60:639-54.
3. Aguilar F, Bisbal O, Gómez C, De Lagarde M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoiste M.A., Pérez L, Vila J. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica 7ª edición. Hospital Universitario 12 de Octubre.