



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## O-064 - LA IMPORTANCIA DE REALIZAR UNA BUENA EXPLORACIÓN FÍSICA A TODO PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

E.G. Laura Asillo<sup>a</sup>, F.J. Román Pérez<sup>a</sup>, E.M. Pérez Guerra<sup>b</sup>, I. Matos Rojas<sup>a</sup>, E. Martín Martín-Palanco<sup>c</sup> y F.J. Fagundez Santiago<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS Santa Bárbara. <sup>b</sup>CS Sonseca. <sup>c</sup>Geriático de Burguillos. <sup>d</sup>CS Burguillos.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 61 años, antecedentes personales: psoriasis, VPPB, dislipemia, y depresión. Tratamiento: paroxetina y simvastatina. Consultó por cuadro de mareos sin giro de objetos de 4-5 días de evolución, asociado a deposiciones líquidas abundantes sin sangre ni productos patológicos, así como dolor abdominal tipo cólico en mesogastrio, no irradiado. Sin náuseas, vómitos, ni síndrome miccional.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 170/70 mmHg en brazo derecho y 170/80 mmHg en brazo izquierdo, FC: 63 lpm, SatO<sub>2</sub>: 95%, glucemia capilar: 126, T<sup>a</sup> 37,2 °C. Regular estado general, sin signos de deshidratación; en exploración abdominal, no distensión abdominal, blando y depresible, doloroso a la palpación en mesogastrio, no signos de irritación peritoneal, no masas pulsátiles palpables, ruidos hidroaéreos aumentados en intensidad y frecuencia, se ausculta soplo abdominal intenso y continuo, pulsos femorales presentes y simétricos. ECG en ritmo sinusal a 70 lpm, sin datos de hipertrofia, bloqueos aurículo-ventriculares o alteraciones agudas de la repolarización. Dado el hallazgo incidental del soplo abdominal y dolor abdominal, se decidió derivar a urgencias para completar estudios. En urgencias se le realizó analítica estando estos dentro de los parámetros normales, también se realizó un TAC abdomino-pélvico donde no se observaron aneurismas. Pero si se observó ateromatosis aorto-ilíaca calcificada, con pequeña úlcera arteriosclerótica penetrante en la cara lateral izquierda de la aorta infrarrenal de 2 × 3 mm (aproximadamente a 19 mm de la arteria renal derecha, con salida más caudal). Dado el hallazgo en el TAC abdominal y el dolor abdominal se decidió ingreso en cirugía vascular para ver evolución del dolor. Durante el ingreso la paciente evoluciona favorablemente por lo que se decide tratamiento conservador y seguimiento por cirugía vascular.

**Juicio clínico:** Ateromatosis aorto-ilíaca calcificada, úlcera ateroesclerótica penetrante en la cara lateral izquierda de la aorta infrarrenal, como hallazgo incidental a una gastroenteritis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Aneurisma de aorta abdominal, disección de aorta abdominal e IAM.

**Comentario final:** Las úlceras de la aorta abdominal (UAO) son muy raras y deben sospecharse en personas de más de 60 años con antecedentes de HTA, hipercolesterolemia, diabetes y tabaquismo. La úlcera penetrante constituye el 2-7% de los síndromes Aórticos agudos (SAA) y resulta de una progresiva erosión de una placa ateromatosa que penetra la lámina elástica interna y permite la formación de un hematoma. A largo plazo, una úlcera ateroesclerótica penetrante puede causar dilatación aórtica debido al adelgazamiento local de la lámina media. Se describe en la bibliografía consultada que entre el 40-50% pueden desarrollar aneurismas aórticos y que la presencia de dolor recurrente, incontrolable, o que se incrementa progresivamente, son factores de progresión de la enfermedad. Por lo descrito anteriormente queremos

recalcar la importancia de realizar un examen físico completo y exhaustivo a todo paciente en la consulta de atención primaria, a pesar de que la patología impresione de ser un cuadro clínico banal, como fue el caso que presentamos. Una vez diagnosticada la úlcera es importante realizar desde atención primaria un estricto control de los factores de riesgo cardiovascular para evitar futuras complicaciones.