



Clínica cotidiana

No todo dolor lumbar irradiado a la región inguinal es un cólico

Patricia Martínez Arias*, Blanca Sanz Pozo, José Antonio López Freire

Centro de Salud Las Américas. Parla (Madrid).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de febrero de 2018

Aceptado el 2 de septiembre de 2018

On-line el 14 de enero de 2019

Palabras clave:

Aneurisma aórtico

Dolor lumbar

Dolor abdominal

Keywords

Aortic aneurysm

Low back pain

Abdominal pain

R E S U M E N

Se presenta un caso clínico de un varón de 53 años de edad, que acude con dolor lumbar irradiado a la región inguinal y al testículo ipsilateral. Asumiendo como primer diagnóstico un cólico renal, se inicia tratamiento y se solicitan pruebas complementarias. Ante la evolución tórpida del paciente se amplía el estudio hasta localizar la verdadera causa del dolor: un aneurisma abdominal infrarrenal complicado.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Not all low back pain irradiated to the inguinal region is a colic

A B S T R A C T

We report a case of a 53-year-old male with irradiated lower back pain in the inguinal region and ipsilateral testicle. Thinking in renal colic as first diagnosis, treatment is started and complementary tests are requested. The patient has a torpid evolution, so the study is extended to find the true cause of pain: a complicated infra-renal abdominal aneurysm.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Varón de 53 años de edad, que acude a la consulta porque desde hace 6 horas presenta dolor en la región lumbar izquierda, tipo cólico, irradiado a la región inguinal y al testículo izquierdos. Se queja además de náuseas sin llegar a presentar vómitos y no refiere clínica miccional, cambios en el hábito intestinal, fiebre ni ninguna otra clínica asociada.

No presenta alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés. Tampoco refiere ningún factor de riesgo

cardiovascular como hipertensión, diabetes o dislipemia. No toma ninguna medicación.

La exploración física es la siguiente: afebril, frecuencia cardíaca de 85 latidos por minuto, tensión arterial de 155/107 mmHg, saturación de oxígeno 99 % basal; auscultación cardiopulmonar normal; abdomen blando, depresible, sin masas palpables, doloroso con la palpación en la fosa iliaca izquierda, sin defensa ni peritonismo; ruidos hidroaéreos presentes;

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patriciamartinezarias@gmail.com (P. Martínez Arias).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.052>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

puño-percusión renal bilateral negativa; trayecto inguinal izquierdo sin hernias palpables ni dolor con la exploración del trayecto inguino-escrotal; testículos no edematosos ni eritematosos, no dolorosos con la palpación; resto de la exploración normal.

Ante dichos hallazgos en la exploración y anamnesis, y pensando en posible diagnóstico de cólico renoureteral izquierdo, se decide pautar tratamiento analgésico con antiinflamatorios y solicitar para el día siguiente analítica y sistemático de orina.

Sin embargo, el paciente vuelve a acudir por la tarde ante la falta de mejoría del dolor con el tratamiento pautado. Se le remite a Urgencias por el mal control del dolor.

En el Servicio de Urgencias se realiza hemograma, bioquímica, coagulación, sistemático de orina y radiografía de abdomen. Se pauta una dosis inicial de tramadol (50 mg) intravenoso (iv) en la primera hora y metoclopramida (10 mg) iv en espera de ver la evolución, con posteriores rescates de tramadol (50 mg iv cada 6 horas), si precisara, y metoclopramida (10 mg iv cada 8 horas).

En el hemograma únicamente presenta discreta leucocitosis (13.380 por ml); bioquímica y coagulación normales, sin alteración de la función renal.

El sistemático de orina es normal; en el sedimento se aprecian eritrocitos aislados por campo.

En la radiografía no se aprecian imágenes radiopacas sugerentes de litiasis.

El paciente es diagnosticado de cólico renoureteral izquierdo. Se decide dejarle en observación para control clínico en las próximas horas.

Sigue teniendo dolor con la pauta de tramadol establecida y no aguanta las 6 horas, por lo que vuelve a requerir rescate de tramadol (50 mg iv a las 4 horas); presenta alivio durante las siguientes 4 horas, momento en el cual vuelve a presentar dolor.

En ese momento hay cambios: el dolor es de tipo cólico, pero ha empeorado en intensidad; se sigue irradiando al flanco izquierdo, por la región hipogástrica hasta la región inguinal y el testículo ipsilateral; no ha realizado micción desde su admisión en Urgencias.

Durante la exploración está afebril, ligeramente taquicárdico; las cifras de tensión arterial han bajado a 99/54 mmHg; está consciente y orientado, muy dolorido, sudoroso y pálido; piso superior del abdomen blando y depresible, no doloroso con la palpación; en el hipogastrio y la fosa ilíaca izquierda el abdomen está indurado y doloroso con la palpación; no se palpan claras masas delimitadas; Blumberg y Rovsing indiferentes; Murphy negativo; trayecto inguino-escrotal normal; pulsos inguinales presentes bilaterales; resto de la exploración sin hallazgos.

En este momento se intensifica tratamiento analgésico con 3 mg de cloruro mórfico iv cada hora y sueroterapia. Se practica sondaje vesical y se solicita nueva analítica de control.

Tras el sondaje se extraen 200 cc únicamente, tras lo cual el paciente no presenta alivio. En la analítica presenta anemia de dos puntos respecto a la previa.

Se solicita tomografía computarizada (TC) de abdomen urgente, en la que finalmente se objetiva el aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal con rotura contenida, así como hematoma retroperitoneal en el espacio pararenal posterior izquierdo, que se extiende caudalmente siguiendo el trayecto del músculo psoas y alcanza el espacio prevesical (Figs. 1 y 2).

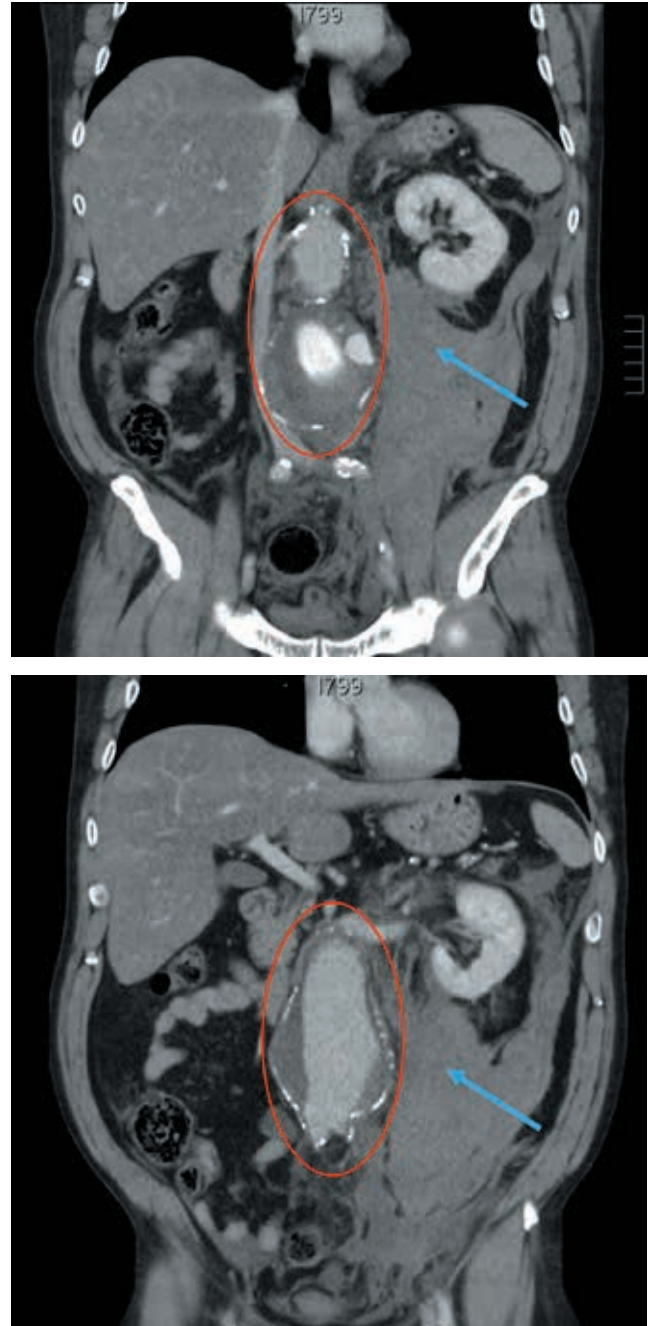


Figura 1 – Cortes frontales de TC de abdomen con contraste: se observa un aneurisma de aorta infrarrenal, parcialmente trombosado (circunferencia roja), así como un importante hematoma retroperitoneal (flecha azul).

El paciente pasa al Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos y Cirugía Vasculare para colocar un *bypass* aorto-aórtico. Evoluciona a shock con fracaso multiorgánico y síndrome de isquemia-reperfusión postquirúrgica, con resultado final de fallecimiento.

Posteriormente, mediante revisión de la historia de atención primaria, se comprobó que el paciente no acudía al médico ni realizaba ningún tipo de seguimiento y que, por tanto, no se puede excluir que tuviera otras enfermedades o factores de riesgo cardiovascular, desconocidos hasta ese momento.

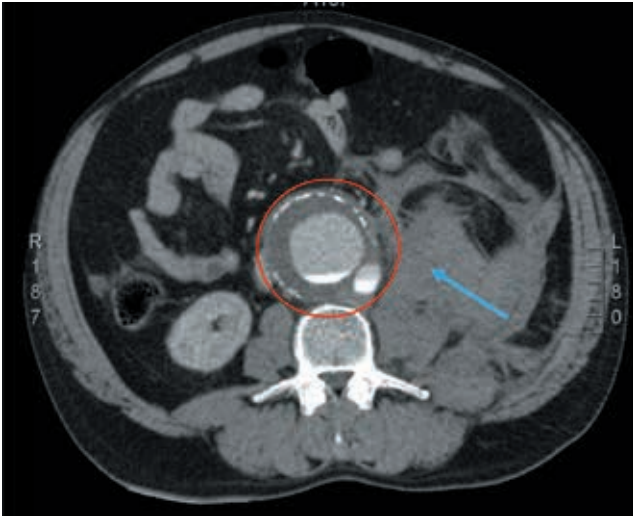


Figura 2 – Corte transversal de TC de abdomen con contraste: se observan los mismos hallazgos.

Comentario

La presencia de un aneurisma aórtico abdominal es una patología relativamente frecuente y causa potencial de morbilidad y mortalidad. Se define como una dilatación focal de más del 50 % del diámetro habitual de la aorta. La localización más frecuente es infrarrenal. Se considera patológico un diámetro igual o mayor de 3 cm.

Está indicada la cirugía programada en muchos protocolos a partir de 5,5 cm^{1,2}.

La mayoría de los pacientes que presentan un aneurisma no tienen síntomas; se trata de un diagnóstico casual durante la exploración o con motivo de las pruebas de imagen solicitadas por otra causa^{3,4}.

Existen factores de riesgo para desarrollar un aneurisma, entre los que se encuentran ser varón, fumador, tener historia familiar de aneurisma, tener arteriosclerosis, enfermedades del tejido conectivo, o haber sido sometido a intervenciones quirúrgicas previas que impliquen manipulación aórtica. También existen factores relacionados con el riesgo de rotura del aneurisma, como ser mujer, fumador, tener la tensión arterial elevada, un diámetro mayor de 5,5 cm, un crecimiento anual de más de 0,5 cm o síntomas debidos al aneurisma^{5,6}.

Por otro lado, los síntomas relacionados con un aneurisma pueden simular otras patologías, que conllevan establecer un diagnóstico erróneo, sobre todo si se desconoce la presencia del mismo. Habitualmente no causa molestias, salvo cuando aumenta de tamaño rápidamente y comienza a comprimir estructuras cercanas, o si se rompen. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal o lumbar, se asocia o no a rotura¹. Cuando hay rotura, es típica la triada de dolor abdominal agudo, distensión abdominal e inestabilidad hemodinámica, que están presentes en el 50 % de los pacientes con rotura del aneurisma⁷. También puede haber otros síntomas como isquemia de los miembros o fiebre.

La palpación de una masa abdominal pulsátil aporta el diagnóstico en 70 % de los casos; es más sensible cuanto más

delgado esté el paciente. En ausencia de palpación de masa pulsátil, no se puede excluir el diagnóstico⁸.

Aunque la sospecha se base en factores de riesgo y exploración física, el diagnóstico definitivo se realiza mediante pruebas de imagen, ya sea mediante ecografía o TC de abdomen; la elección de una u otra técnica depende de la presencia de síntomas y del estado hemodinámico del paciente⁹.

La importancia de esta patología para atención primaria radica tanto en conocer y estar familiarizados con los síntomas, que pueden deberse a la existencia de un aneurisma o complicación, como para el cribado. Es importante tener en cuenta que, ante una lumbalgia o un diagnóstico inicial de cólico renal con mala evolución con tratamiento habitual, hay que sospechar y descartar una causa potencialmente mortal, como es el aneurisma, que requiere un rápido diagnóstico y tratamiento.

La ecografía ha demostrado tener una sensibilidad de 94-100 % y una especificidad de casi 100 % en estudios americanos¹⁰; se recomienda efectuar cribado en varones de 65 a 75 años de edad, con historia de tabaquismo actual o previo, o con familiares de primer grado con diagnóstico de aneurisma abdominal. Esto podría tenerse en cuenta en los protocolos del paciente crónico, ya que cada vez hay más profesionales formados en el ámbito de la ecografía en atención primaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Keisler B, Carter C. Abdominal aortic aneurysm. *Am Fam Physician*. 2015; 91: 538-43.
2. Sakalihan N, Michel JB, Katsargyris A. Abdominal aortic aneurysms. *Nat Rev Dis Primers*. 2018; 4: 34.
3. Van Walraven C, Wong J, Morant K, Jennings A, Jetty P, Forster AJ. Incidence, follow-up, and outcomes of incidental abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg*. 2010; 52: 282.
4. Van Walraven C, Wong J, Morant K, Jennings A, Austin PC, Jetty P, et al. The influence of incidental abdominal aortic aneurysm monitoring on patient outcomes. *J Vasc Surg*. 2011; 54: 1290.
5. Ahmed R, Ghoorah K, Kunadian V. Abdominal aortic aneurysms and risk factors for adverse events. *Cardiol Rev*. 2016; 24: 88-93.
6. Schmitz-Rixen T, Keese M, Hakimi M, Peters A, Böckler D, Nelson K, et al. Ruptured abdominal aortic aneurysm-epidemiology, predisposing factors, and biology. *Langenbecks Arch Surg*. 2016; 401: 275-88.
7. Azhar B, Patel SR, Holt PJ, Hinchliffe RJ, Thompson MM, Karthikesalingam A. Misdiagnosis of ruptured abdominal aortic aneurysm: systematic review and meta-analysis. *J Endovasc Ther*. 2014; 21: 568.
8. Fink HA, Lederle FA, Roth CS, Bowles CA, Nelson DB, Haas MA. The accuracy of physical examination to detect abdominal aortic aneurysm. *Arch Intern Med*. 2000; 160: 833.
9. Legg JS, Legg LM. Abdominal aortic aneurysms. *Radiol Technol*. 2016; 88: 145-63.
10. LeFevre ML. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for abdominal aortic aneurysm: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2014; 161: 281-90.