



Clínica cotidiana

Hallazgo casual de un aneurisma aórtico en la ecografía de atención primaria: el cáncer que salvó una vida

María Álvarez Gil^{a,*}, Paloma Borrego Pintado^a, Alberto Pérez Casado^a
 Carlos Lizarraga Capella^a, Daniel Pardo Román^b, Daniel Martín Hidalgo^c

^aCentro de Salud Delicias I. Valladolid. ^bCentro de Salud Tordesillas. Tordesillas, Valladolid. ^cCentro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de julio de 2025
 Aceptado el 9 de enero de 2026
 On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Aneurisma de aorta abdominal
 Ultrasonografía
 Hallazgos incidentales
 Neoplasias de próstata
 Atención primaria

Keywords:

Abdominal aortic aneurysm
 Ultrasonography
 Incidental findings
 Prostatic neoplasms
 Primary health care

R E S U M E N

El aneurisma de aorta abdominal (AAA) es la segunda aortopatía más frecuente tras la aterosclerosis, con una prevalencia del 2-4 %. Afecta sobre todo a varones mayores de 60 años y suele localizarse infrarrenalmente. Su ruptura conlleva alta mortalidad, por lo que la detección precoz es esencial, aunque a veces se trata de un hallazgo casual.

Este caso resalta el valor de la ecografía clínica en atención primaria para la detección de AAA en pacientes asintomáticos. Se recomienda estudiar a pacientes mayores de 65 años con factores de riesgo (tabaquismo, hipertensión arterial, antecedentes familiares, aterosclerosis). Debe derivarse a Cirugía Vascul ar aquellos AAA mayores de 5 cm o sintomáticos.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
 Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

An incidental finding of an aortic aneurysm in primary care ultrasound: life-saving cancer

A B S T R A C T

Abdominal aortic aneurysm (AAA) is the second most common aortopathy after atherosclerosis, with a prevalence of 2–4%. It primarily affects men over 60 and is usually located infrarenally. Its rupture carries a high mortality rate, making early detection essential, although it is often an incidental finding.

This case highlights the value of clinical ultrasound in primary care for the detection of AAA in asymptomatic patients. Screening is recommended in patients over 65 years with risk factors (smoking, hypertension, family history, atherosclerosis). Patients with AAAs larger than 5 cm or those who are symptomatic should be referred to Vascular Surgery.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
 Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: malvarezgilmf@gmail.com (M. Álvarez Gil).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.009>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

Varón de 75 años, sin alergias conocidas, exfumador, con dislipemia en tratamiento con simvastatina, que consulta a su médico de familia por clínica sugestiva de síndrome prostático. A la exploración clínica, el paciente presenta constantes vitales en rango de la normalidad, buen estado general, eupneico. La auscultación cardiopulmonar es normal. Abdomen con ruidos hidroaéreos normales, blando, no doloroso, sin masas. Al tacto rectal se palpa una próstata aumentada de tamaño, de consistencia elástica. No se evidencian signos de insuficiencia vascular periférica.

En la analítica presenta un antígeno prostático específico de 8 ng/ml (previos: 5,4-6,9 ng/ml). Se realiza una ecografía abdominal en consulta, visualizando una próstata grande (150 cc) e incidentalmente se detecta un aneurisma de aorta abdominal (AAA) de 7 cm de diámetro que se extiende hasta ambas arterias ilíacas con trombo mural significativo (figuras 1 y 2).

Ante dicho hallazgo, se informa al paciente y a su mujer y se decide derivación urgente a Cirugía Vasculuar y una cita preferente con Urología. En Urgencias, la tomografía computarizada confirma el diagnóstico de AAA yuxtarenal e ilíaco bilateral de 7,4 cm anteroposterior (figuras 3 y 4) y una extensión craneocaudal de 14 cm (figura 5) con trombo mural excéntrico anterior de 3,6 cm.

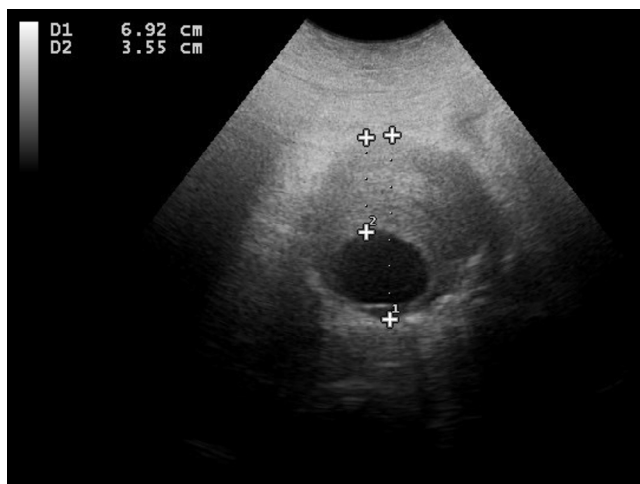


Figura 1 – Ecografía abdominal en atención primaria: corte transversal supraumbilical. Se aprecia un aneurisma de aorta abdominal de 6,92 cm de diámetro con un trombo mural excéntrico anterior de 3,55 cm.

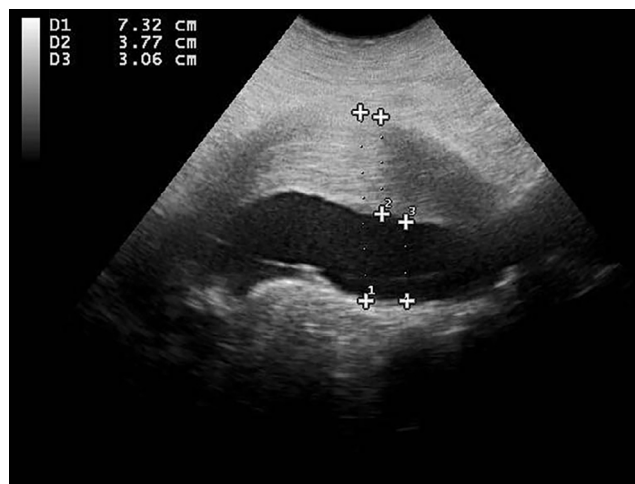


Figura 2 – Ecografía abdominal en atención primaria: corte longitudinal infrarrenal. Se aprecia el aneurisma de aorta abdominal de 7,32 cm con su importante trombo mural anterior.

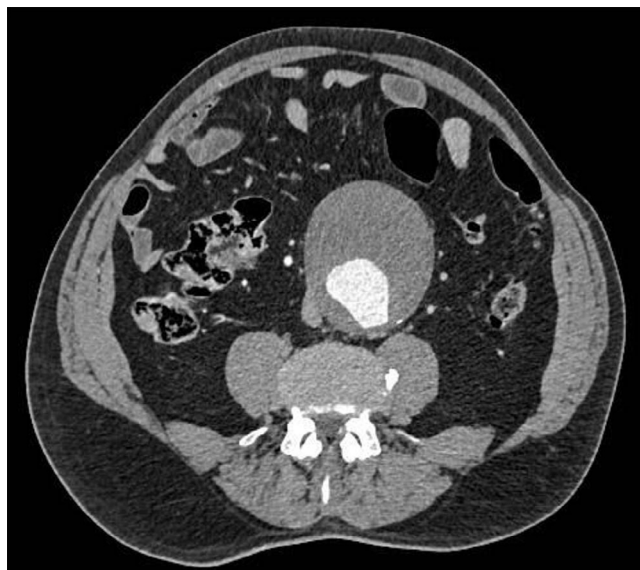


Figura 3 – TAC con contraste: corte axial infrarrenal. Aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal de 7,3 cm de diámetro anteroposterior y un trombo mural excéntrico anterior de 3,6 cm.

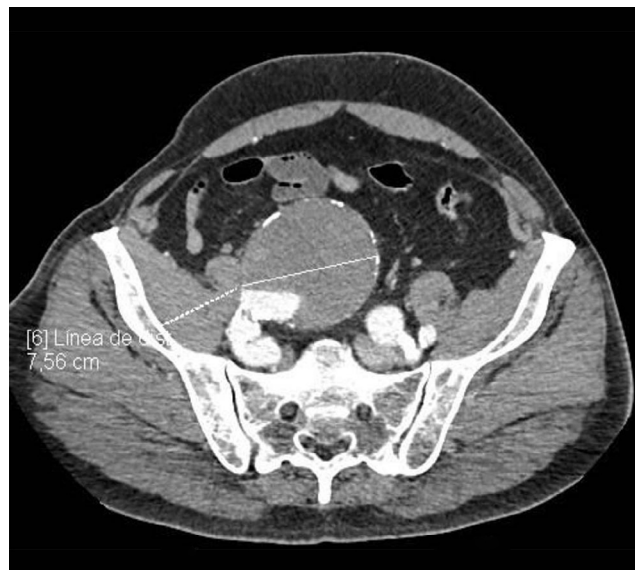


Figura 4 – TAC con contraste: corte axial en pelvis. Mismo aneurisma de aorta abdominal en un corte axial a la altura de las arterias ilíacas, de mayor extensión en ilíaca derecha, con un diámetro de 7,56 cm.

Cirugía Vasculat decide realizar la intervenci3n en dos tiempos (endopr3teis a3rtica, cuatro stents y bypass). El paciente evolucion3 favorablemente sin complicaciones.

En Urología, se confirma mediante biopsia el diagn3stico de adenocarcinoma acinar prost3tico Gleason 7 (4+3) NOM0, el paciente fue tratado con radioterapia con buena respuesta clínica.

Comentario

Este caso destaca la importancia de la ecografía en los centros de salud para la detecci3n de AAA, ya sea de forma casual o intencionada, especialmente en pacientes asintomáticos.

Es esencial identificar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar un AAA: varones de 65 aros, con antecedentes familiares de AAA, fumadores, antecedentes personales de aterosclerosis e hipertensi3n. En estos casos, la realizaci3n de una ecografía clínica abdominal en el centro de salud permite medir el diámetro a3rtico y detectar posibles aneurismas precozmente.

Entre los sntomas de alarma se encuentran el dolor abdominal, dolor dorsal y la percepci3n de pulsaciones abdominales³.

La ecografía es una herramienta accesible, eficaz y no invasiva para el diagn3stico y control del crecimiento de los AAA. Cuando el diámetro supera los 5 cm o existen sntomas, debe realizarse una derivaci3n a Cirugía Vasculat para valoraci3n y tratamiento⁴.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ning3n conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fistera. Guía clínica de Aneurismas a3rticos [Internet]. Actualizado 2024. [Citado 1 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/aneurismas-aorticos/>



Figura 5 – TAC con contraste: corte sagital. Corte sagital del mismo aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal e ilíaca bilateral donde se aprecia una extensi3n craneocaudal de casi 14 cm con trombo mural excéntrico anterior.

2. Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, Jackson BM, Lee WA, Ashraf Mansour M, et al. The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2018;67(1):2-77.e2.
3. Wilmink TB, Quick CR, Hubbard CS, Day NE. The influence of screening on the incidence of ruptured abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 1999;30(2):203-8. [http://dx.doi.org/10.1016/s0741-5214\(99\)70129-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0741-5214(99)70129-1)
4. Hanna L, Gibbs RGJ, London Aortic Mechanobiology Working Group. Risk prediction for abdominal aortic aneurysms: One size does not fit all. Is it time to go with the flow of hotspots? *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2023;65(4):612-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2023.01.022>