



Clínica cotidiana

Síndrome isquémico lumbar no traumático

Carolina Ferre Sánchez*, Paula de Bautista López, Blanca de las Rivas Folqué, Marina González Álvarez, Pablo Boullon Cano

Centro de Salud de Panaderas. Fuenlabrada, Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de octubre de 2025

Aceptado el 10 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Lumbalgia

Diseccción aórtica

Ecografía clínica

Atención primaria

Diagnóstico precoz

R E S U M E N

La lumbalgia es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria y, en la mayoría de los casos, tiene un origen musculoesquelético benigno. No obstante, en pacientes con factores de riesgo cardiovascular puede ser la manifestación inicial de patologías graves, como la disección aórtica. Se presenta el caso de una mujer de 78 años que acude por dolor lumbar agudo, intenso y no mecánico, sin antecedente traumático ni fiebre. La exploración física revela soplo aórtico y disminución de los pulsos distales. La ecografía clínica en el punto de atención permite detectar un aneurisma aórtico abdominal disecado, confirmado posteriormente mediante angio-TAC como disección de aorta tipo B no complicada. La paciente evolucionó favorablemente tras tratamiento médico inicial y reparación endovascular. Este caso subraya la relevancia del juicio clínico y la reevaluación ante cuadros que no responden al manejo convencional, así como el papel creciente de la ecografía clínica en la detección precoz de emergencias vasculares desde el primer nivel asistencial. El médico de familia, por su proximidad al paciente y visión integral, desempeña un papel esencial en la identificación de signos de alarma y la activación rápida de los circuitos de derivación adecuados.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Non-traumatic lumbar ischemic syndrome

A B S T R A C T

Low back pain is one of the most frequent reasons for consultation in primary care and is usually of benign musculoskeletal origin. However, in patients with cardiovascular risk factors, it may represent the initial manifestation of life-threatening conditions such as aortic dissection. We report the case of a 78-year-old woman presenting with acute, severe, non-mechanical low back pain, without trauma or fever. Physical examination revealed an aortic murmur and diminished distal pulses. Point-of-care ultrasound detected a dissecting abdominal aortic aneurysm, later confirmed by CT angiography as an uncomplicated Stanford type B aortic dissection. The patient evolved favorably after initial medical management and

Keywords:

Low back pain

Aortic dissection

Point-of-care ultrasound

Primary care

Early diagnosis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carolina.ferre24@gmail.com (C. Ferre Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.042>

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

endovascular repair. This case emphasizes the importance of clinical judgment and reevaluation in patients who do not respond to conventional treatment, as well as the growing role of bedside ultrasound in the early detection of vascular emergencies at the primary care level. Family physicians, because of their accessibility and comprehensive approach, play a crucial role in recognizing warning signs and activating appropriate emergency referral pathways.

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

Descripción del caso clínico

Mujer de 78 años, autónoma e independiente para las actividades básicas de la vida diaria, cuidadora principal de su cónyuge. Antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, arteriosclerosis generalizada y osteoporosis. Sin antecedentes quirúrgicos relevantes. Tratamiento habitual con antihipertensivos y estatinas.

Consulta por dolor lumbar de inicio súbito, sin desencadenante mecánico ni traumatismo previo, descrito como opresivo e intenso (EVA 9/10), irradiado a región dorsal, sin fiebre, vómitos ni clínica neurológica. El cuadro no mejoraba con analgesia convencional ni con reposo.

En la exploración general presenta palidez mucocutánea, tensión arterial de 180/90 mmHg y frecuencia cardíaca de 90 lpm. Se ausculta soplo sistólico aórtico y se objetiva disminución de los pulsos pedios y tibiales posteriores bilaterales. No hay signos de focalidad neurológica ni alteraciones motoras o sensitivas.

La radiografía de columna lumbar muestra aplastamientos vertebrales antiguos. La radiografía de tórax revela ensanchamiento mediastínico y elongación de la aorta. Ante la sospecha de patología vascular, se realiza ecografía clínica (ECO-AP), que identifica una dilatación aórtica abdominal con doble luz y colgajo intimomedial compatible con aneurisma disecante de 4,5 cm de diámetro.

Ante el hallazgo, se activa traslado urgente mediante unidad de soporte vital avanzado. En urgencias hospitalarias, la analítica mostró elevación de lactato deshidrogenasa (LDH) y D-dímero. El electrocardiograma no evidenció signos de isquemia coronaria aguda. Se realizó angio-TAC toracoabdominopélvica, confirmando disección aórtica tipo B no complicada (clasificación de Stanford) (figura 1).

La paciente fue ingresada para control hemodinámico y manejo médico intensivo. Se inició tratamiento con betabloqueantes intravenosos y medidas de control estricto de la presión arterial. Posteriormente, tras valoración por cirugía vascular, se realizó reparación endovascular electiva (TEVAR), con evolución postoperatoria favorable y sin complicaciones.

En revisión ambulatoria a los tres meses, la paciente permanecía asintomática y con adecuada evolución del injerto aórtico en controles radiológicos.

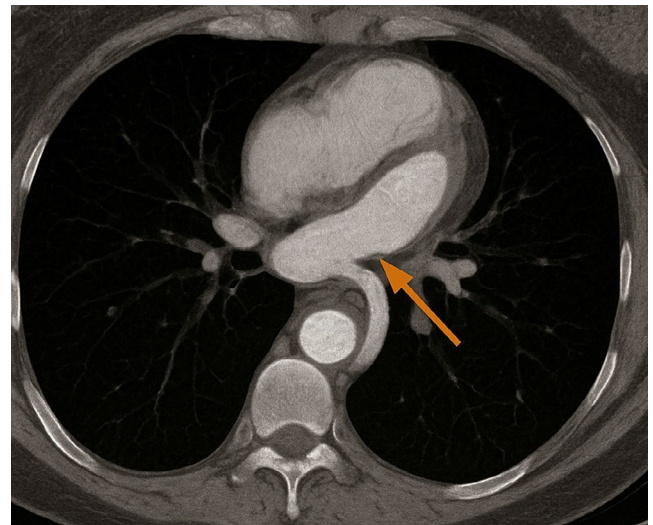


Figura 1 – Angio-TAC toracoabdominopélvica: se observa disección de aorta descendente tipo B no complicada, con flap intimal que separa la luz verdadera y falsa (flecha).

Comentario

El dolor lumbar es una de las principales causas de consulta médica y de incapacidad funcional en el mundo occidental¹. En atención primaria (AP), la mayoría de los cuadros se deben a causas mecánicas, autolimitadas y de manejo conservador². No obstante, alrededor del 1-2 % de los casos esconden patologías graves, como infecciones, neoplasias o síndromes isquémicos secundarios a disecciones aórticas³.

La disección aórtica se caracteriza por la rotura de la íntima arterial y la creación de una falsa luz, que puede comprometer el flujo sanguíneo de los órganos principales⁴. Su incidencia global se estima entre 2,6 y 3,5 casos por 100.000 habitantes/año⁵, aunque su diagnóstico en atención primaria es infrecuente y supone un reto clínico por la variabilidad de su presentación. Representa una urgencia vital con elevada mortalidad si no se diagnostica precozmente⁶⁻⁷. Aunque el dolor torácico es el síntoma más habitual, en hasta un 20 % de los casos el dolor puede localizarse en la región lumbar o dorsal⁸. La localización

del dolor depende del segmento aórtico afectado, lo que puede llevar a interpretaciones erróneas como lumbalgia musculoesquelética, cólico renal o dolor neuropático⁹.

Los principales factores de riesgo son la hipertensión arterial crónica, la arteriosclerosis, el síndrome de Marfan, la disección previa y la edad avanzada¹⁰. En este contexto, una lumbalgia de inicio súbito, intensa, no mecánica y sin mejoría con tratamiento analgésico debe considerarse signo de alarma.

La evaluación inicial debe incluir exploración cardiovascular completa, palpación de pulsos periféricos y auscultación dirigida. El hallazgo de soplos, diferencias de tensión arterial entre extremidades o pulsos disminuidos refuerza la sospecha diagnóstica¹¹.

La radiografía de tórax puede mostrar signos indirectos como ensanchamiento mediastínico o desviación traqueal, aunque su sensibilidad es limitada¹². El D-dímero es útil como marcador de exclusión, especialmente si su valor es normal y la sospecha clínica es baja¹³. Sin embargo, la confirmación diagnóstica requiere técnicas de imagen de alta resolución como la angio-TAC, resonancia magnética o ecocardiografía transesofágica¹⁴.

En atención primaria, la ecografía clínica (POCUS o ECO-AP) se ha convertido en una herramienta de gran valor para la detección precoz de aneurismas y disecciones¹⁵. Su uso sistemático en pacientes con dolor abdominal o lumbar atípico y factores de riesgo cardiovascular permite identificar alteraciones aórticas de forma rápida y no invasiva, optimizando la derivación urgente¹⁶.

El manejo de la disección tipo B depende de la presencia o no de complicaciones. Los casos no complicados suelen tratarse inicialmente con control farmacológico intensivo de la presión arterial, mientras que las complicaciones (rotura, malperfusión o expansión rápida) requieren reparación endovascular¹⁷. El pronóstico mejora significativamente cuando el diagnóstico y tratamiento se establecen en las primeras horas del cuadro¹⁸.

Este caso subraya la importancia de la reevaluación continua en atención primaria ante la ausencia de respuesta terapéutica, así como el papel crucial del razonamiento clínico en el diagnóstico diferencial del dolor lumbar. La integración de la ecografía clínica en las consultas de AP aporta una herramienta resolutoria y coste-efectiva que complementa la exploración física tradicional y mejora la seguridad del paciente^{19,20}.

El dolor lumbar no siempre tiene origen musculoesquelético. En pacientes de edad avanzada con factores de riesgo cardiovascular, la presencia de lumbalgia aguda intensa, no mecánica y refractaria al tratamiento habitual debe hacer sospechar patología vascular subyacente.

La exploración minuciosa, la búsqueda activa de signos de alarma y la aplicación de la ecografía clínica permiten una detección precoz de entidades graves como la disección aórtica, mejorando el pronóstico y la supervivencia.

El médico de familia, por su posición privilegiada en el primer nivel asistencial, desempeña un papel esencial en la identificación de estos casos y en la activación temprana de los circuitos de urgencia adecuados⁶.

BIBLIOGRAFÍA

- Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-67.
- Airaksinen O, Bronx JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15(Suppl 2):S192-300.
- Drazin D. Aortic dissection presenting as back pain: a case report and review. *J Emerg Med*. 2011; 41(5):e107-11.
- Erbel R, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2014;35(41):2873-926.
- Clouse WD, Hallett Jr JW, Scchaff HV, Spittell PC, Rowland CM, Ilstrup DM, et al. Acute aortic dissection: population-based incidence. *J Vasc Surg*. 2004;40(5):837-43.
- Blanco P, Martínez Buendía C. Ecografía clínica en atención primaria. *Semergen*. 2021;47(3):174-82.
- Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights. *JAMA*. 2000;283(7):897-903.
- Moore AG. Aortic dissection: presentation, diagnosis, and outcome. *Heart*. 2002;88(4):383-7.
- Mészáros I, Mórocz J, Szlávi J, Achmidt J, Tornóci L, Nagy L, et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest*. 2000;117(5):1271-8.
- Landenhed M, et al. Risk profiles for aortic dissection and ruptured or surgically treated aneurysms: a prospective cohort study. *J Am Heart Assoc*. 2015;4(1):e001513.
- Bossone E, LaBounty TM, Eagle KA. Clinical presentation and diagnostic strategies in acute aortic dissection. *Am Heart J*. 2002;144(3):424-33.
- Von Kodolitsch Y, Nienaber CA, Dieckmann C, Schwartz AG, Hofmann T, Brekenfeld C, et al. Diagnostic value of chest radiography in acute aortic dissection. *Heart*. 2004;90(11):1437-41.
- Suzuki T, Distant A, Zizza A, Trimarchi S, Villani M, Salerno Uriarte JA, et al. Diagnostic of acute aortic dissection by D-dimer: the International Registry of Acute Aortic Dissection Substudy on biomarkers (IRAD-Bio) experience. *Circulation*. 2009;119(20):2702-7.
- Nienaber CA, Clough RE. Management of acute aortic dissection. *Lancet*. 2015;385(9970):800-11.
- Andersen CA, Holden S, Vela J, Rathlett MS, Jensen MB. Point-of-care ultrasound in general practice: a systematic review. *Ann Fam Med*. 2019;17(1):61-9.
- Llácer P, Perelló R, Barba J. Uso de la ecografía clínica en atención primaria: aplicaciones cardiovasculares. *Semergen*. 2023;49(5):291-8.
- Trimarchi S, Gleason TG, Brinster DR, Bismuth J, Bossone E, Sundt TM, et al. Editor's choice – Trends in management and outcomes of type B aortic dissection: a report from the International Registry of Aortic Dissection. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2023;66(6):775-82.
- Evangelista A, Isselbacher EM, Bossone E, Gleason TG, Di Dusanio M, Sechtern U, et al. Insights from the IRAD registry on aortic dissection: a 20-year perspective. *Circulation*. 2018; 137(17):1846-60.
- Blanco P. Ecografía en el punto de atención: integración en la práctica de atención primaria. *Aten Primaria*. 2022;54(9):102436.
- Marín-García P. Formación y competencias en ecografía clínica para médicos de familia. *Semergen*. 2020;46(8):533-40.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.