



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

Dolor lumbar súbito: motivos de alarma

Ana Isabel Rincón Ricote^{a,*}, María Inmaculada Rincón Ricote^b, Elena Gutiérrez Saez^a,
Natalia Tsybaneva Yunusova^c, Gregorio Salvador Salvador^c, Cristina Bedoya Sánchez^d

^aCentro de Salud Ávila sureste. Ávila. ^bHospital Clínico San Carlos. Madrid. ^cCentro de Salud Ávila estación. Ávila.

^dCentro de Salud Muñoz. Ávila.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de diciembre de 2025

Aceptado el 26 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Emergencia vascular

Shock hipovolémico

Rotura aneurismática

Keywords:

Vascular emergency

Hypovolemic shock

Aneurysmal rupture

R E S U M E N

El dolor lumbar agudo constituye uno de los motivos de consulta más habituales en el ámbito de la atención primaria, siendo en la mayoría de los casos atribuible a etiologías musculoesqueléticas de carácter benigno. No obstante, ante un inicio brusco, una intensidad elevada y la ausencia de respuesta a la analgesia convencional, resulta imprescindible ampliar el diagnóstico diferencial e incluir entidades menos frecuentes pero potencialmente letales, cuya identificación precoz es determinante para el pronóstico del paciente¹.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Sudden low back pain: cause for alarm

A B S T R A C T

Acute low back pain is one of the most common reasons for consultation in primary care, and in most cases it is attributable to benign musculoskeletal causes. However, in the case of a sudden onset, high intensity, and lack of response to conventional analgesia, it is essential to expand the differential diagnosis and include less common but potentially life-threatening conditions, whose early identification is crucial for the patient's prognosis.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana2rincon@gmail.com (A.I. Rincón Ricote).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.118>

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

Descripción del caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 75 años que acude a la consulta de su médico de atención primaria por dolor lumbar izquierdo de inicio súbito, intenso, con características mecánicas e irradiación abdominal, de varias horas de evolución. El paciente niega fiebre, síntomas urinarios o antecedente traumático reciente. No presenta antecedentes personales de interés y refiere realizar habitualmente esfuerzos físicos de intensidad moderada. Aunque había experimentado episodios previos de lumbalgia, en esta ocasión describe el dolor como cualitativamente diferente, de mayor intensidad y con una sensación más profunda o visceral.

En su domicilio había tomado paracetamol 1 g oral, sin mejoría sintomática. En la consulta se administró tratamiento analgésico intramuscular con metamizol 2 g y diclofenaco 50 mg, sin mejoría clínica tras dos horas de observación. Ante la persistencia del dolor, se decidió derivación a Urgencias Hospitalarias con la sospecha diagnóstica de cólico renal complicado frente a lumbalgia mecánica refractaria.

A su llegada a Urgencias, el paciente tenía las constantes vitales dentro de la normalidad. En la analítica sanguínea destacaban una proteína C reactiva de 5 mg/dl, leucocitosis de 20.600/ μ l con neutrofilia marcada (18.700/ μ l), acidosis metabólica (pH 7,30) e hiperlactacidemia (lactato 5 mmol/L). Se instauró tratamiento intravenoso con fentanilo, ondansetrón, fluidoterapia y petidina. A pesar de la analgesia potente, persistía dolor intenso, acompañado de palidez mucocutánea y facies álgica.

La radiografía simple de abdomen mostró una imagen compatible con borramiento del luminograma aéreo. Ante la sospecha de patología abdominal grave, se solicitó tomografía computarizada abdominal urgente, que evidenció la rotura de un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, complicada con hematoma retroperitoneal izquierdo y sangrado activo hacia la cavidad peritoneal. El paciente fue trasladado de manera urgente al Servicio de Cirugía Vascular del hospital de referencia para tratamiento quirúrgico definitivo.

En la **figura 1** se muestra la imagen correspondiente al estudio radiológico.

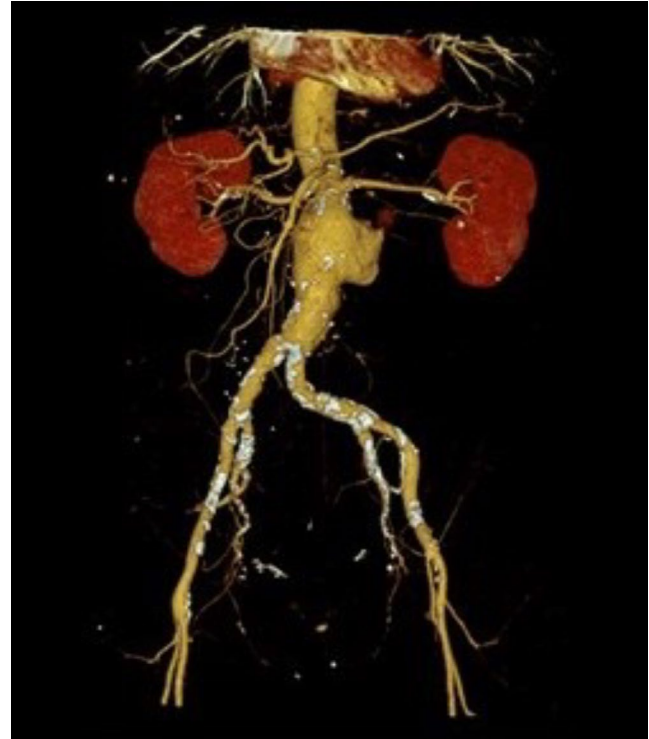


Figura 1 – TAC abdominal con reconstrucción: rotura de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal complicado con hematoma retroperitoneal izquierdo y sangrado activo a cavidad peritoneal.

El manejo inicial del aneurisma roto debe orientarse a la estabilización hemodinámica, priorizando el control del dolor y el mantenimiento de cifras de presión arterial y frecuencia cardíaca lo más bajas posible, mientras se establece contacto urgente con el equipo de Cirugía Vascular para el tratamiento definitivo. En todo paciente con dolor abdominal o torácico de características atípicas o de inicio súbito, el aneurisma aórtico debe considerarse siempre dentro del diagnóstico diferencial².

Comentarios

El aneurisma aórtico se define como una dilatación patológica localizada de la aorta, secundaria al debilitamiento estructural de su pared, que afecta de forma simultánea a las tres capas arteriales: íntima, media y adventicia. Entre los principales factores de riesgo se incluyen la hipertensión arterial, el síndrome de Marfan, las anomalías congénitas de la válvula aórtica y el embarazo, especialmente durante el tercer trimestre.

En la valoración de un paciente con lumbalgia es fundamental considerar el posible origen referido desde estructuras anatómicas adyacentes, tales como el riñón, la próstata, el páncreas, el retroperitoneo, el colon, el ligamento uterosacro o la aorta abdominal. La tríada clásica del aneurisma de aorta abdominal roto incluye dolor abdominal o lumbar, masa pulsátil y shock, si bien esta puede no estar presente en todos los casos².

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

1. Hermida Pérez JA. Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, lumbalgia crónica, dislipidemia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Med Gen Fam.* 2016;5(2):59-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.12.003>
2. Fabra Noguera A, Pablos Herrero E. Los aneurismas de aorta abdominal nos los encontramos. *Butlletí.* 2013;31:1-6. http://pub.bsalt.net/butlleti_cast/vol31/iss2/4