

**LUMBALGIA Y  
ANEURISMA  
AÓRTICO  
ABDOMINAL**

**Laura Olmos Rodríguez**

**R1 MFyC**

**SERVICIO DE URGENCIAS  
CAULE**

# Caso clínico

Varón de 73 años que acude por **lumbalgia** de aparición brusca que describe como dolor no irradiado, que mejora en reposo y empeora con el decúbito, la marcha y los esfuerzos. Sin antecedentes de traumatismo o mecanismo de sobreesfuerzo previos. Refiere sensación de **mareo** y **malestar general**, sin otra sintomatología acompañante

## Antecedentes personales

**Fumador**

**HTA**

**Dislipemia**

## Tratamiento

**Simvastatina 20 mg**

**Enalapril 20 mg**

## Exploración física

Consciente, orientado, colaborador, normocoloreado, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo, afebril

AC: rítmico, sin soplos

AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias, RHS+

**Dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar**, no dolor a la palpación de apófisis espinosas, fuerza y sensibilidad conservadas, pulsos presentes.

MMII sin edemas ni signos de TVP

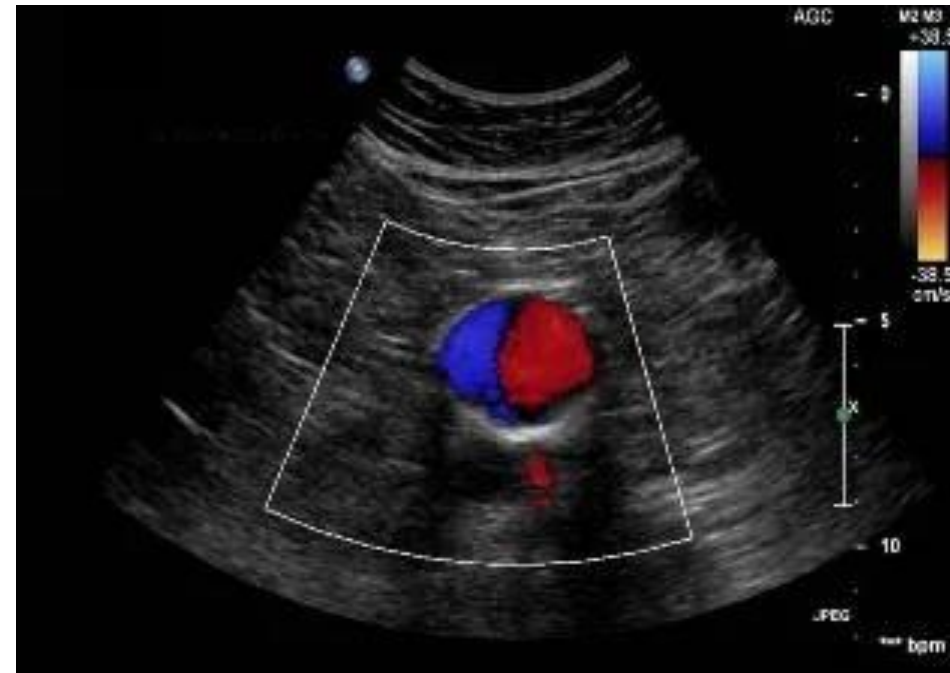
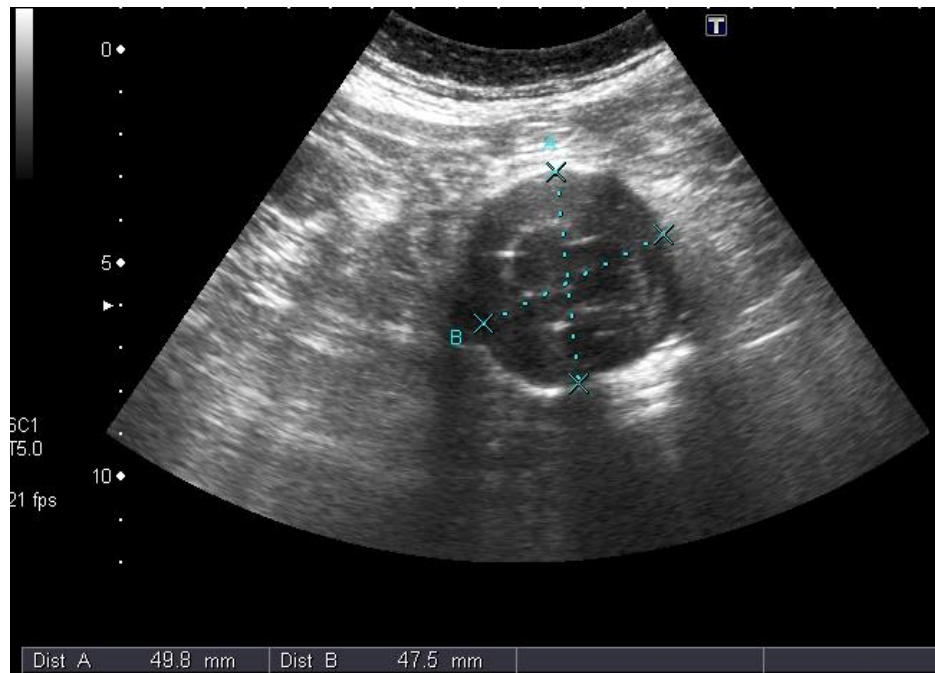
## **Pruebas complementarias**

**Analítica sin alteraciones significativas salvo una ligera leucocitosis**

**Rx de tórax: Cardiomegalia, sin derrames ni consolidaciones pleuroparenquimatosas**

**ECG: Ritmo sinusal a 86 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización**

**En vista de la sintomatología y ausencia hallazgos en las pruebas complementarias realizadas de se decide ampliar el estudio con Ecografía abdominal visualizando dilatación aneurismática fusiforme de la aorta infrarrenal**

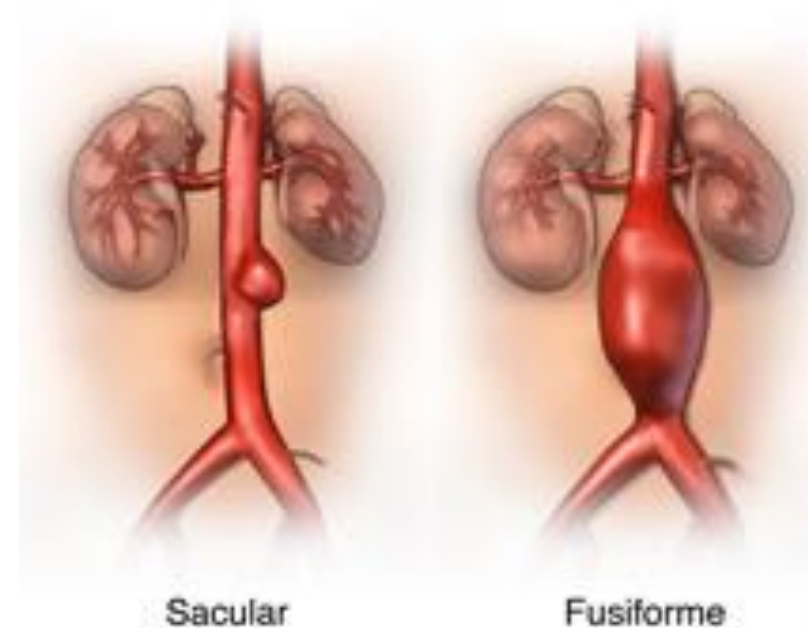


## **Lumbalgia**

- **Causa frecuente de consulta en los servicios de Urgencias**
- **90% de curso benigno, secundarias a sobrecargas musculoesqueléticas o procesos degenerativos (artrosis)**
- **En ocasiones es una forma de manifestación secundaria a la pulsión o rotura de un aneurisma aórtico abdominal**

**Dada su potencial gravedad se debe incluir en el diagnóstico diferencial de toda lumbalgia en pacientes mayores de 55 años, con factores de riesgo, escasa respuesta a tratamiento e inicio brusco del dolor, sin desencadenantes específicos**

- **Aneurisma arterial** → dilatación permanente de todo el espesor de una arteria de al menos el 50% en comparación con el diámetro normal.
- **Para la aorta abdominal un diámetro mayor de 3,0 cm se considera aneurismático.**
- **Pueden ser fusiformes o saculares.**



# Etiología

La etiología de los aneurismas aórticos abdominales es **multifactorial**, pero generalmente implica un **debilitamiento de la pared arterial**, generalmente producida por:

- **Aterosclerosis**
- **Traumatismo**
- **Necrosis quística medial (degeneración de la media aórtica)**
- **Vasculitis (p. ej., arteritis de Takayasu)**
- **Infección bacteriana o micótica localizada**



# Factores de riesgo

- **Tabaquismo (factor de riesgo más importante)**
- **Hipertensión**
- **Dislipemia**
- **Edad avanzada (incidencia máxima entre los 70 y 80 años de edad)**
- **Antecedentes familiares (en 15 a 25%)**
- **Etnia (más común entre los pacientes de raza blanca que entre los de ascendencia africana)**
- **Sexo masculino**
- **Trastornos hereditarios del tejido conectivo (p. ej., síndrome de Marfan)**

# Signos y síntomas

**Mayoría asintomáticos.**

Los **síntomas** generalmente son el resultado de la **compresión** de las estructuras adyacentes o la **rotura** del aneurisma (más probable en la pared posterolateral izquierda de 2 a 4 cm por debajo de las arterias renales).

- **Dolor agudo, a nivel abdominal o en la región lumbar**
- **Masa abdominal pulsátil**
- **Hipotensión arterial**



# Diagnóstico

**Ecografía abdominal**



**De elección. Sensibilidad 95% y especificidad 100%**

**Angio TAC**



**Confirma de forma definitiva la presencia, localización y tamaño del aneurisma o rotura**

## Ecografía abdominal

La visualización ecográfica de la aorta abdominal se realiza mediante un abordaje transabdominal para obtener planos transversales y longitudinales.

Se inicia explorando la aorta proximal en un plano transversal mediante la colocación de un transductor sectorial o cóncav (3,5-5 MHz) justo por debajo del margen costal en la línea media abdominal, con el marcador del transductor orientado hacia la derecha del paciente



# Plano transversal



# Plano transversal



# Plano transversal



**Después de evaluar la aorta en un plano transversal, se deben obtener planos longitudinales para evaluar con precisión el tamaño aórtico.**

**Para obtener dichos planos, debe rotarse el transductor 90 grados en el sentido de las agujas del reloj desde la posición transversal sobre la aorta abdominal proximal, de modo que el marcador de este quede apuntando hacia la cabeza del paciente.**





## Plano longitudinal



## Plano longitudinal



## Plano longitudinal





**Corte longitudinal de la aorta abdominal desde el flanco derecho.  
El hígado se usa como ventana acústica.**

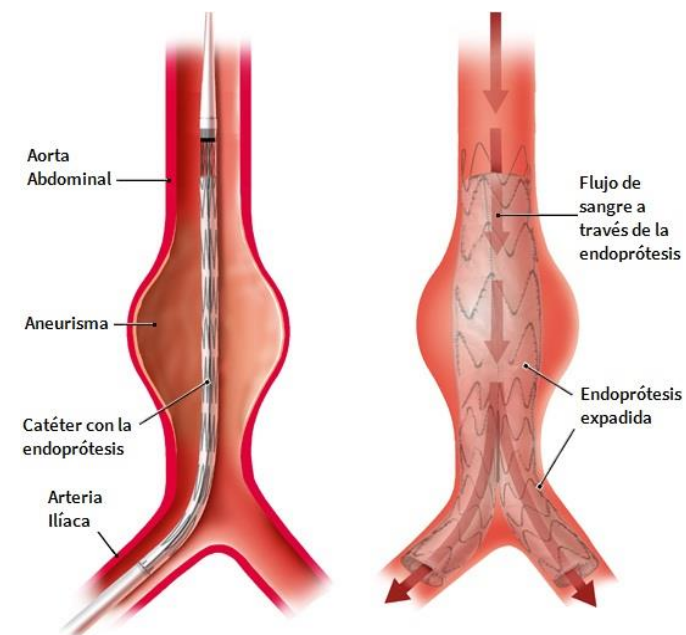


**Corte longitudinal de la aorta abdominal desde el flanco izquierdo.  
El bazo se usa como ventana acústica.**

# Tratamiento

- **Farmacológico**
- **Cirugía abierta o colocación de prótesis intravascular**

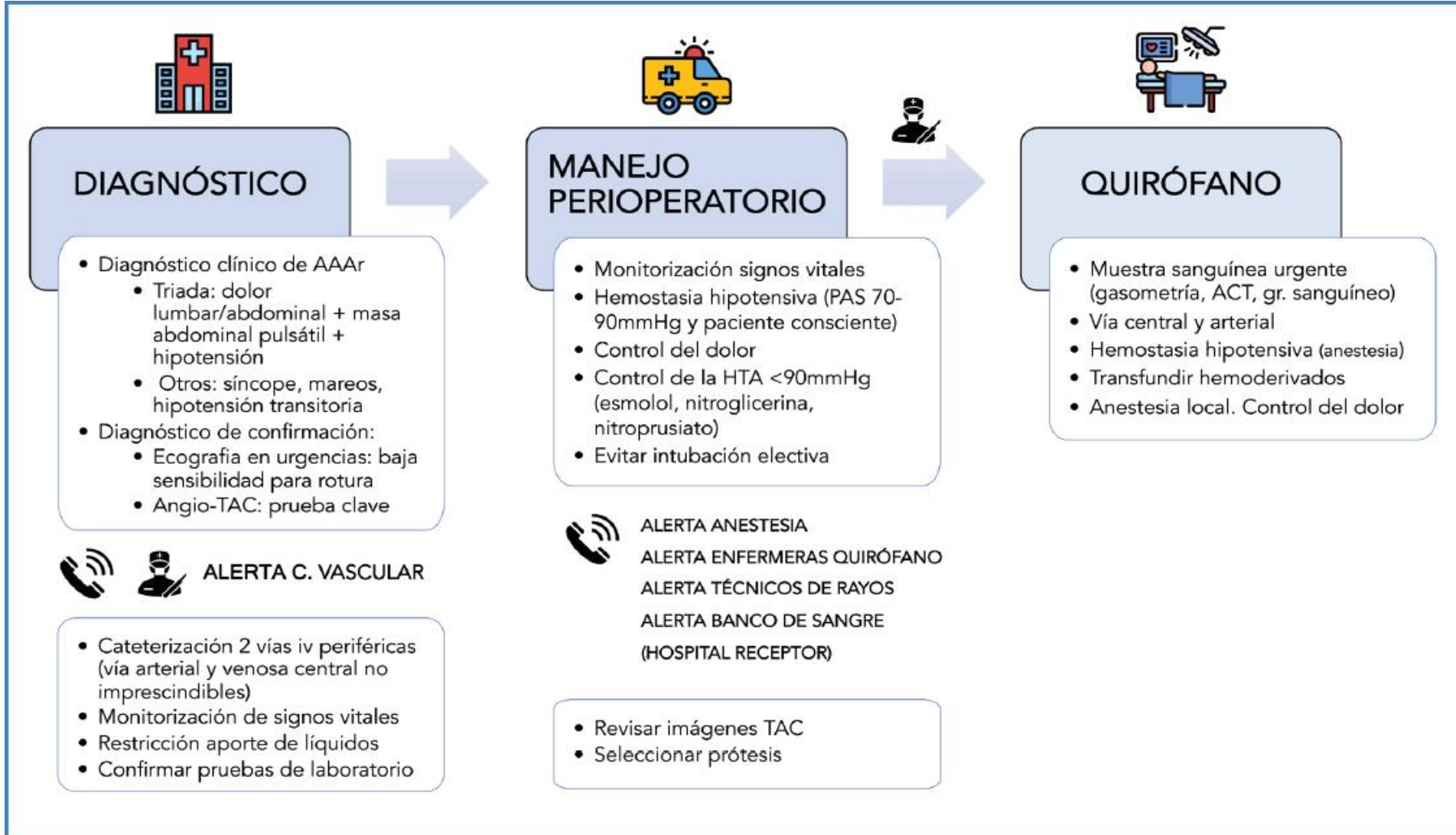
- **Diseción aórica. Urgente**
- **Aneurismas > 5 cm en mujeres y > 5,5 cm en hombres**
- **Aneurismas > 4,5 cm en pacientes con Síndrome de Marfan**
- **Aumento del tamaño del aneurisma > 0,5 cm en 6 meses, independientemente del tamaño**



# Rotura AAA. Protocolo de actuación:

## CÓDIGO AORTA

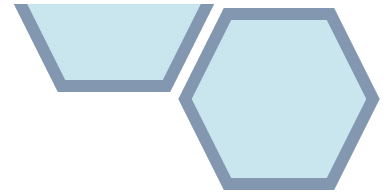
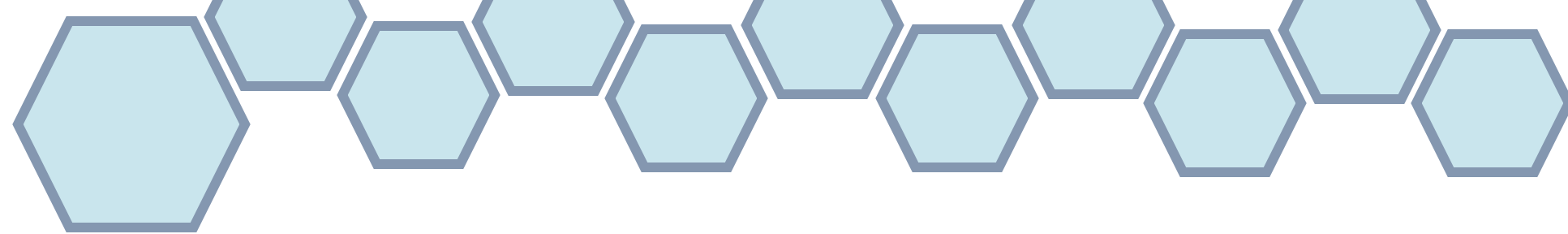
---



# Bibliografía

1. Isselbacher EM. Thoracic and abdominal aortic aneurysms. *Circulation* 2005; 111: 816-28.
2. Tsuchie H, Miyakoshi N. et al. High prevalence of abdominal aortic aneurysm in patients with chronic low back pain. *Tohoku J Exp Med.* 2013 Jun;230(2):83-86.
3. Edwards JZ, Weiner SD. Chronic back pain caused by an abdominal aortic aneurysm: case report and review of the literatura. *Or-thopedics.* 2003;26:191-2.
4. Brevetti G, Laurenzano E. et al. Infrarenal abdominal aortic aneurysms. *G Ital Cardiol (Rome).* 2007 Sep;8(9):543-51. Review. Italian.
5. Rubano E, Mehta N, Caputo W, Paladino L, Sinert R. Systematic review: emergency de-partment bedside ultrasonography for diag-nosing suspected abdominal aortic aneurysm. *Acad Emerg Med.* 2013;20:128–38.
6. Aydogan M, Karatoprak O. Et al. Severe ero-sion of lumbar vertebral body because of a chronic ruptured abdominal aortic aneu-rysm. *Spine J.* 2008 Mar-Apr;8(2):394-6. doi: 10.1016/j.spinee.2006.12.001. Epub 2007 Feb 2





MUCHAS  
GRACIAS