

## EL SÍNDROME DE LA PEDRADA

F. MARTORELL

*Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de Barcelona (España)*

Existe un curioso síndrome originado por una hemorragia venosa espontánea intramuscular en la pantorrilla, cuya etiología es desconocida. Con frecuencia se acompaña de trombosis del sistema venoso profundo de la pierna y no rara vez de arteriospasmo de las arterias principales de la pierna. Se ha confundido en alguna ocasión con la embolia arterial. Se presenta inesperadamente, en personas que gozan de excelente salud, con un intenso y brusco dolor en la cara posterior de la pantorrilla y en su tercio medio. Casi todos los enfermos tienen la sensación de que les han arrojado una piedra, y hasta en algún caso ha costado trabajo disuadirles de la idea de tal agresión. Por este motivo y dada la ignorancia de su etiología, puede describirse este síndrome como «síndrome de la pedrada» (1).

Vamos a relatar a continuación los casos observados.

*Observación núm. 1.* — El 4-XII-44 viene a consultarnos una enferma de 50 años de edad. Buen estado de salud, sin otro antecedente que algún cólico hepático. Manifiesta que hace cinco meses, en el momento de empezar a correr, sintió un dolor brusco que le dió la impresión de recibir una pedrada en la pantorrilla izquierda. Más tarde le apareció una equimosis discreta.

La exploración muestra la existencia de ligero edema cianótico a nivel de los maléolos de la pierna izquierda; se observa pulsación en la pedia y tibial posterior del mismo lado, índice oscilométrico disminuido en el lado afecto, temperatura local disminuida en el pie enfermo; dolor a nivel de los gemelos por presión directa, por compresión del brazal del oscilómetro y por la flexión dorsal del pie (signo de Homans). Tensión arterial, normal.

Pruebas habituales de laboratorio, normales.

Aconsejamos la administración de inyecciones de Acetilcolina y calor local; y si no mejora con rapidez, anestesia del simpático lumbar.

*Observación núm. 2.* — El 20-IX-44 acude a nuestra consulta un hombre de 48 años, alemán, de fuerte constitución física, quejándose de molestias en su pierna derecha que le impiden la deambulación normal.

(1) En Francia se ha traducido este síndrome por «le syndrome du coup de fouet» que en español equivale a latigazo.

Como antecedentes cabe resaltar que su madre era varicosa; que él desde muy joven tiene varices muy poco manifiestas, y que hace 16 años, después de una pleuresía purulenta, tuvo edema en la extremidad inferior derecha, lo que le obligó a guardar cama dos meses, recuperándose más tarde por completo.

Hace un mes, jugando al tenis, tuvo un brusco dolor en la pantorrilla derecha, que luego se hinchó, apareciendo una mancha equimótica, obligándole a un reposo de tres semanas. Al levantarse y pretender reanudar su vida habitual reaparece el edema, con cianosis, frialdad en el pie derecho y dolor a la flexión dorsal del pie, lo que le obliga a andar cojeando. El edema es reductible por el decúbito y se encuentra prácticamente ausente al levantarse por las mañanas.

La exploración pone de manifiesto la existencia de un ligero edema cianótico a nivel de los maléolos y pierna derechos, la ausencia de pulsatilidad a nivel de la pedia y tibial posterior derechos, oscilometría sensiblemente igual en ambos lados, disminución marcada de la temperatura local en el pie derecho; dolor a nivel de los gemelos por presión directa, por presión del brazal del oscilómetro y por la flexión dorsal del pie (signo de Homans). Tensión arterial, normal.

Pruebas habituales de laboratorio, normales.

Le aconsejamos practicar una anestesia del simpático lumbar, efectuándola el 21-IX-44. Antes de la anestesia la termometría local de los pies, tomada con el Dermalor MacKesson, da una temperatura a nivel del dedo gordo derecho, enfermo, de 27°7, y a nivel del dedo gordo izquierdo, sano, de 28°. A los 35 minutos de la anestesia del simpático lumbar, la termometría local se invierte completamente: dedo gordo derecho, enfermo, 32°9; dedo gordo izquierdo, sano, 27°7. O sea, cinco grados de diferencia a favor del pie enfermo. Por otra parte, el índice oscilométrico en el tercio inferior de la pierna era, antes de la anestesia, de 2 en ambos lados; pasando después de la anestesia a 3 en el lado afecto, en el que reaparece la pulsatilidad de pedia y tibial posterior. El enfermo mueve su pie sin ninguna molestia.

Una semana más tarde vemos de nuevo al enfermo, extraordinariamente mejorado. El edema ha desaparecido casi en su totalidad, el dolor a la flexión dorsal se ha convertido en una muy ligera tirantez al andar a nivel de la pantorrilla, la frialdad ha desaparecido, el dolor a la presión de la masa muscular de la pantorrilla no existe. El aspecto de la pierna es sensiblemente igual al de la opuesta, sana. La termometría local da en el dedo gordo derecho, enfermo, 29°; y en el dedo gordo izquierdo, sano, 29°4. Índice oscilométrico igual en ambos lados. Pulso de la pedia y de la tibial posterior, positivos. Ha desaparecido la vasodilatación provocada por la anestesia del simpático lumbar, igualándose la oscilometría y la termometría local; pero al cesar los efectos de dicha anestesia no ha reaparecido el arteriospasmo que mantenía más frío el pie enfermo y sin pulso perceptible la pedia y la tibial posterior. Poco a poco la recuperación fué completa, y el 5-XI-44 nos comunicó que estaba curado.

*Observación núm. 3.* — El 24-VIII-42 acude a nuestra consulta un hombre de 35 años, robusto, sin antecedentes importantes. Se queja de molestias en la pierna izquierda que le impiden la deambulación normal.

Manifiesta que hace dos meses notó un brusco dolor en la pantorrilla derecha, la cual se hinchó poco tiempo después y más tarde presentó equimosis. Ésta, la hinchazón y el dolor cedieron en muy pocos días, recuperándose el enfermo por completo.

Hace doce días se presentó un cuadro análogo en la pantorrilla izquierda: dolor de aparición brusca, sensación de distensión, hinchazón y gran equimosis.

La exploración muestra ligera hinchazón cianótica del tobillo y de la pierna izquierdos. Tensión arterial, pulsatilidad y oscilometría son normales. Tempera-

tura local francamente disminuida en el lado izquierdo. En la región poplítea se palpa el cayado de la safena externa engrosado, indurado y doloroso a la presión. La flexión dorsal del pie provoca una sensación de tensión dolorosa a nivel de los gemelos y del tendón de Aquiles (signo de Homans).

Pruebas habituales de laboratorio, normales.

El 18-V-45 nos enteramos que está perfectamente.

El 3-II-49 acude de nuevo a nuestra consulta porque hace diez días, encontrándose muy bien, da un puntapié a una pelota y a los cinco minutos, estando de pie quieto, nota sensación de pedrada en la pantorrilla derecha, dejándole imposibilitado para andar. Se observa distensión y edema en dicha pantorrilla y desaparición del pulso en la pedia. Con una inyección de Eupaco desaparece el dolor y reaparece el pulso en la pedia.

Apreciamos extensa equimosis en la región pretibial, signo de Homans, dolor a la presión de las masas musculares de la pantorrilla y frialdad. Tensión arterial, oscilometría y pulsatilidad, normales.

Pruebas habituales de laboratorio, normales.

Aconsejamos Col-Acetil y Rutina, con vigilancia de su tensión arterial y de las pruebas sanguíneas. Sin más noticias de este enfermo.

*Observación núm. 4.* — El 18-III-49 acude a nuestra consulta una enferma de 42 años. Manifiesta que hace dos años, jugando al tenis, notó dolor en la pantorrilla izquierda y luego equimosis. No guardó cama. Alguna vez molestias en la otra pierna. Diecisiete días después del décimo parto, dolor en la pierna izquierda, sin otro síntoma. Ahora está bien.

La exploración muestra una tensión arterial, pulsatilidad y oscilometría normales.

Pruebas habituales de laboratorio, normales.

*Observación núm. 5.* — El 16-I-49 acude a nuestra consulta un enfermo de 35 años, a quien tratábamos una úlcera por lesión vasculonerviosa. Manifiesta que hace unos días, mientras caminaba, notó un brusco calambre en la pantorrilla derecha de diez minutos de duración. Con reposo ha mejorado.

La exploración muestra una flexión dorsal del pie dolorosa en pantorrilla, signo de Homans; presión de las masas musculares de la pantorrilla dolorosa; tensión arterial, pulsatilidad y oscilometría, normales.

Pruebas habituales de laboratorio, normales.

Se le recomiendan inyecciones de Acetilecolina-papaverina, que solucionan el cuadro.

*Observación núm. 6.* — El 9-II-49 acude a nuestra consulta una enferma de 47 años. Manifiesta que hace quince días, mientras caminaba sin esfuerzo, notó sensación de pedrada en la pierna izquierda, quedando dificultad a la marcha. A los dos días, equimosis. No se observa edema. Frialdad pie. Persisten las molestias.

La exploración demuestra una tensión arterial, una oscilometría y una pulsatilidad normales; signo de Homans; presión de las masas musculares de la pantorrilla no dolorosa; equimosis que alcanza los dos quintos inferiores de la pierna izquierda.

Pruebas de laboratorio, normales.

Se indica tratamiento con inyecciones de Col-Acetil.

*Observación núm. 7.* — El 28-II-49 vemos a una enferma de 41 años, quien manifiesta que hace veinte años, levantando una cama, notó intenso y brusco dolor

como un pinchazo en pantorrilla derecha. Queda edema y dificultad a la marcha. No guardó cama, desapareciendo el dolor a los pocos días, pero no el edema.

Hace mes y medio, al hacer un esfuerzo para levantar unas cántaras, intenso calambre pierna derecha. No puede andar. Edema. A los ocho días extensa equimosis. Persiste edema y dolor.

La exploración pone de manifiesto una tensión arterial, índice oscilométrico y pulsatilidad normales.

Las pruebas habituales de laboratorio también son normales.

Se indica un tratamiento a base de Col-Acetil y Rutina.

*Observación núm. 8.* — El 30-III-49 vemos a una enferma de 48 años, que seis años atrás sufrió una hemorragia subaponeurótica en la pierna derecha. Hace ocho días repite el cuadro, con sensación de latigazo, al ir a tomar el tren. En ocasiones pinchazos en dedos o pierna y aparición de equimosis. Queda edema ligero.

La exploración da una tensión arterial de 17/9; pulsatilidad periférica normal; índice oscilométrico maleolar derecho, 2, izquierdo, 3; flexión dorsal del pie y presión masas musculares pierna derecha dolorosas; ligera hipertrofia cardíaca.

Pruebas habituales de laboratorio, normales.

Se aconseja tratamiento con inyecciones de Acetilcolina-papaverina «fuerte» y Rutialter.

*Observación núm. 9.* — El 30-V-45 acude a nuestra consulta una enferma de 76 años. Manifiesta que hace tiempo, mientras paseaba por el campo, notó una sensación de pedrada en pierna izquierda. Equimosis al poco tiempo. Luego quedó bien, salvo ligero edema.

La exploración no muestra nada anormal.

Pruebas de laboratorio, normales.

*Observación núm. 10.* — El 5-II-45 acude a nuestra consulta una enferma de 37 años. Hace ocho días, al andar y sin hacer el menor esfuerzo, nota como una pedrada en la pantorrilla derecha, que le obliga a detenerse. Queda dificultada la marcha por el dolor a la flexión dorsal del pie y sensación de tensión en el hueco poplíteo. Aparece una zona indurada profunda en la pantorrilla, dolorosa espontáneamente y a la presión. Mejora con calor local.

A la exploración hallamos equimosis en la cara posterior de la pierna derecha, frialdad en el pie, signo de Homans, disminución considerable del índice oscilométrico y varicosidades en el muslo. Tensión arterial normal.

Pruebas habituales de laboratorio normales.

Al día siguiente se le practica una anestesia del simpático lumbar, igualándose los índices oscilométricos, la temperatura local aumenta en el lado enfermo. La mejoría es evidente.

Visita el 10-IX-48, está bien.

*Observación núm. 11.* — El 12-VIII-46 vemos a un enfermo de 49 años. Hace quince días, caminando, hizo un pequeño esfuerzo con la pierna izquierda, notando sensación de pedrada. Tres días en cama. Al segundo día, equimosis. Queda dolor residual al andar y subir escaleras.

A la exploración se observa un signo de Homans, temperatura local igual en ambos lados, no edema; índice oscilométrico supramaleolar derecho 4, izquierdo 2,5; equimosis en regresión, tensión arterial normal. Nota sensación de frío en el pie.

Pruebas habituales de laboratorio, normales.

Se recomienda anestesia del simpático lumbar.

*Observación núm. 12.* — El 16-III-45 vemos a un enfermo de 53 años. Hace un mes y medio, al bajar de una tarima, siente como una pedrada en pantorrilla izquierda. Horas más tarde, edema y dificultad a la marcha. A los cuatro días equímosis supramaleolar interna. Queda dificultad a la deambulación y molestias al bajar escaleras.

Hace doce días dolor en la pierna opuesta, menos intenso, sin edema ni dificultad en la marcha, pero con aparición de equímosis supramaleolar interna.

A la exploración hallamos una tensión arterial normal, pulsatilidad periférica presente y un índice oscilométrico bajo rodillas de 9 en el lado derecho y de 7 en el izquierdo.

Pruebas de laboratorio, normales.

Como tratamiento indicamos Col-Acetil.

Visto el 28-VII-47 se encuentra mejor, pero persiste ligero edema vespertino.

*Observación núm. 13.* — El 16-I-46 acude a nuestra consulta un enfermo de 53 años. Hace seis semanas, caminando, tuvo sensación de pedrada en la pantorrilla izquierda. No pudo seguir andando. A los cuatro días equímosis. Luego dificultad a subir escaleras, y edema.

A la exploración apreciamos signo de Homans, dolor tendón de Aquiles, safena externa dura; tensión arterial, pulsatilidad, color y temperatura local, normales. Índice oscilométrico bajo rodillas, 10 en la derecha y 9 en la izquierda. Tornos cardiacos secos. A rayos X gran dilatación aórtica.

Pruebas habituales de laboratorio, normales.

Se indica vendaje compresivo y Eupaverina en inyección.

El 25-III-46 lo vemos de nuevo. De momento mejoró. Ahora claudicación intermitente, más en el lado izquierdo. Se palpa una masa dura, dolorosa, en gemelos izquierdos. El pulso tibial está disminuido en la derecha. Índice oscilométrico supramaleolar, 2'5 en la derecha y 3'5 en la izquierda. Después, bien.

*Observación núm. 14.* — El 16-II-48 vemos en consulta a un enfermo de 54 años, quien hace ocho días, persiguiendo un tranvía, sintió brusco dolor en la pantorrilla derecha, quedando de momento sin poder andar. Al poco puede reanudar la marcha, pero con dificultad. Algo más tarde, edema de la pantorrilla. A los tres días, equímosis. Fiebre de 37° 8.

La exploración nos muestra una extensa equímosis en la pantorrilla derecha, signo de Homans, pantorrilla dolorosa a la presión y tensa. Tensión arterial, pulsatilidad y oscilometría normales.

Pruebas habituales de laboratorio, normales.

Indicamos anestesia del simpático lumbar y vendaje de cola de cinc.

*Observación núm. 15.* — El 17-IV-48 acude a nuestra consulta una enferma de 46 años. Manifiesta que hace veinte días, al bajar escaleras, notó un dolor súbito interno en pantorrilla izquierda. Friaidad pie, palidez e impotencia funcional. Reposo en cama. A los ocho días, gran equímosis pantorrilla y mancha oscura en región supramaleolar interna.

En la actualidad persiste dolor profundo que alcanza la región poplítea. No edema. Dolor al subir escaleras.

La exploración pone de manifiesto signo de Homans, presión pantorrilla dolorosa, pie más frío, equímosis región inframaleolar interna, en el lado izquierdo. Índice oscilométrico de 1'5 en la derecha y uno en la izquierda, en la región supramaleolar. Tensión arterial y pulsatilidad, normales.

Pruebas de laboratorio, normales.  
Se indica anestesia del simpático lumbar.

*Observación núm. 16.* — El 5-IX-47 acude al consultorio una enferma de 49 años. Hace cuatro años, andando por la calle, notó como una pedrada en pantorrilla izquierda. Queda dolor a la marcha. Cuatro días en cama, apareciendo equímosis. No mejoró hasta un mes después.

Como antecedentes figuran varices desde el primer embarazo, hace 32 años. Flebitis postpartum, hace 15 años. Úlcera pantorrilla izquierda, hace 4 años, que curó en un mes.

La exploración demuestra varices por insuficiencia del cayado de la sefena interna izquierda. Tensión arterial, pulsatilidad y oscilometría, normales.

Pruebas habituales de laboratorio, normales.

*Observación núm. 17.* — El 14-XI-47 acude a nuestra consulta una enferma de 28 años. Hace dos años, mientras bailaba, notó dolor en la pantorrilla derecha, quedando dificultada la flexión dorsal del pie. En enero de 1947 estaba bien, pero en febrero se repite el cuadro. Le colocaron una cola de cinc, que llevó durante dos meses, quedando bien.

Hace dos días nuevo dolor en el mismo sitio.

A la exploración hallamos un índice oscilométrico ligeramente disminuido en el lado derecho, masa muscular de la pantorrilla algo dolorosa a la presión. Tensión arterial y pulsatilidad normales.

Pruebas habituales de laboratorio, normales.

Se recomienda anestesia del simpático lumbar.

*Observación núm. 18.* — El 28-XI-47 acude al consultorio una enferma de 55 años. Hace tres semanas, al bajar unas escaleras, nota intenso calambre en la pierna derecha. No puede andar. A los tres días, equímosis. Queda ligero edema maleolar y los movimientos de flexión dorsal del pie son dolorosos. De vez en cuando, calambres nocturnos.

La exploración pone de manifiesto una tensión arterial, pulsatilidad, índice oscilométrico y temperatura local, normales. Dolor a la flexión dorsal del pie y a la presión sobre la inserción del tendón de Aquiles.

Pruebas habituales de laboratorio, normales.

*Observación núm. 19.* — El 1-XII-47 acude a la consulta una enferma de 55 años. Hace tres años sufrió dolor intenso, como una pedrada, en la pierna izquierda. Luego equímosis. Con un vendaje de cola de cinc curó por completo. Calambres nocturnos a veces.

A la exploración hallamos una tensión arterial, pulsatilidad y oscilometría, normales.

Pruebas de laboratorio, normales.

*Observación núm. 20.* — El 12-VII-48 acude a nuestra consulta un sacerdote de 43 años, procedente de La Habana. Manifiesta que hace año y medio, andando y sin hacer el menor esfuerzo, notó un intenso y brusco dolor en la pierna derecha, como si le hubiesen dado una pedrada. Ocho días sin poder andar, quedando luego ligeras molestias en la pierna a los primeros pasos. A las tres semanas estaba bien del todo.

A los seis meses se repitió el cuadro en la otra pierna, si bien con menor intensidad.

La exploración no muestra ninguna alteración circulatoria.

Pruebas de laboratorio, normales.

En 1954 recibo excelentes noticias del enfermo a través de su médico en La Habana.

*Observación núm. 21.* — El 7-I-48 acude a nuestra consulta un enfermo de 46 años. Hace dos meses, inaugurando un edificio público dice que le arrojaron una piedra contra la pierna izquierda. Quedó con dolor en la pantorrilla y con dificultad a la marcha, sobre todo para subir escaleras.

Poco a poco las molestias fueron desapareciendo, hasta que en el momento de la visita sólo tiene molestias cuando sube una cuesta con rapidez.

La exploración muestra una tensión arterial, pulsatilidad y oscilometría, normales.

Pruebas de laboratorio, normales.

Actualmente sigue bien, con muy ligera claudicación intermitente.

La historia del enfermo y la exploración demostraron que se trataba de un cuadro clínico semejante a los anteriores, pero por razón de su cargo político costó gran trabajo disuadirle de que no hubiese sufrido tal agresión con una piedra.

*Observación núm. 22.* — El 9-X-47 acude a la consulta una enferma de 56 años. Hace diecisiete días, mientras caminaba por la playa, tuvo sensación de pedrada en pierna izquierda. Gran dificultad a la marcha.

A la exploración presenta todos los signos clásicos de la trombosis, sin equimosis. Tensión arterial y pulsatilidad normales.

El 13-X-47 se le practica una anestesia del simpático lumbar izquierdo, mejorando en días sucesivos su oscilometría y su temperatura local. El 16-X-47 nueva anestesia del simpático. Luego se indica Col-Acetil.

Vista el 28-XI-47, está bien.

*Observación núm. 23.* — El 24-XI-54 vemos a un enfermo de 59 años. El día anterior, al descender del tranvía, notó una sensación de pedrada en la pantorrilla derecha. El dolor fué tan intenso que le obligó a detenerse. Al cabo de un cierto tiempo pudo tomar un taxi y volver a su casa. Con el reposo en cama disminuye el dolor. La flexión dorsal del pie está francamente dificultada y la presión sobre la masa muscular de la pantorrilla le duele.

La exploración muestra un signo de Homans en el lado derecho; un índice oscilométrico de 2 en el izquierdo y del 1'5 en el derecho, región supramaleolar; tensión arterial y pulsatilidad normales.

Pruebas de laboratorio, normales

En la literatura nacional y extranjera figuran algunos casos que pueden incluirse dentro de este síndrome, y que exponemos a continuación.

*Observación núm. 24. (JOAO CID DOS SANTOS).* — Hombre joven. Sin antecedentes particulares. Cruzando una calle a paso normal, sintió un dolor brusco en la masa muscular de la pantorrilla izquierda, tan sensiblemente igual a una pedrada que incluso se volvió para reconocer al agresor. Inmediata impotencia funcional del todo el miembro y sensación de frialdad. Visto al poco por dos cirujanos, diagnosticaron embolia poplítea y me remitieron al paciente, a quien vi dos horas después del accidente.

En aquel momento los dolores se mantenían a lo largo de toda la pierna, que se presentaba pálida y fría en relación a la del lado opuesto. La palpación de la región poplítea era dolorosa y también y sobre todo lo era la cara posterior de la pierna. Las arterias poplítea, pedia y tibial posterior palpábanse sólo en el lado

derecho. Oscilometría en los dos tercios inferior y superior de la pierna: índice 2 en la derecha, cero en la izquierda. La exploración no facilita indicación alguna en cuanto al origen posible del émbolo.

Le practico una arteriografía del miembro inferior izquierdo para ratificar el diagnóstico de embolia poplítea. Pero, con gran sorpresa mía, revela la integridad absoluta del sistema arterial, visualizándose perfectamente la femoral y los vasos de la pierna, aunque algo reducidos de calibre, y no observándose colaterales. Una infiltración lumbar izquierda transformó con rapidez el aspecto del miembro, el cual se calentó y tornó rosado a la vez que los dolores disminuían mucho en intensidad, aunque sin desaparecer del todo. La pedía izquierda se hizo palpable, obteniéndose un índice oscilométrico de media división en el tercio inferior de la pierna. La impotencia funcional desaparece y el paciente puede salir por su pie, si bien con alguna dificultad. Al día siguiente los dolores persisten amortiguados y se nota un ligero edema en el tercio inferior de la pierna enferma. Dos o tres días después aparecía una equímosis en la cara anteroexterna de dicha pierna, que se hizo más definida en los días siguientes. El edema, aunque discreto, alcanzaba toda la pierna.

Las infiltraciones lumbares se mantuvieron diariamente, al principio, y a días alternos, después; hasta que al cabo de unos veinte días el miembro recuperó su aspecto normal. La movilidad era perfecta. Una flebografía practicada en el curso evolutivo de la dolencia no reveló interrupción alguna de las venas profundas de la pierna, si bien el número reducido de éstas permite aceptar que otras en su vecindad estaban obliteradas.

Hasta hoy han pasado cinco años y el miembro continúa normal.

*Observación núm. 25 (HOMANS).* — Un hombre de 48 años, atleta, jugando al tenis sufrió una torcedura de la pierna izquierda. Le dolió mucho, pero siguió jugando. Más tarde le apareció una extensa equímosis y edema y dolor. Con una semana de reposo en cama desaparecieron todos estos signos, para reaparecer al reanudar la vida normal. Guarda cama de nuevo otros nueve días, y otra vez de igual forma desaparecen y reaparecen.

Al presentarse a la observación, seis semanas después del accidente, ha guardado cama por tercera vez. La pierna izquierda parece normal, pero el pie está más frío y cianótico que el opuesto. La flexión dorsal del pie provoca una sensación desagradable de tensión en la pantorrilla. A la mañana siguiente sale hacia su oficina con un vendaje de pierna, pero el pie se cianosa y la pierna se edematiza.

En estas circunstancias se le practica una ligadura de la femoral inmediatamente por debajo de la entrada de la femoral profunda. No existe trombosis a nivel de la sección. Después de la ligadura y en la misma mesa de operaciones el pie recupera su temperatura normal y desaparece la cianosis. A la semana abandona el hospital con un vendaje semielástico. Al principio, ligero edema meleolar reductible por el decúbito. A las seis semanas, curación absoluta.

*Observación núm. 26 (ROMEO y DE LA BARREDA).* — Enfermo de 23 años. Hace nueve días sintió un dolor en la pantorrilla izquierda, acompañado de hinchazón desde la rodilla hasta el pie, con gran impotencia motora. El dolor se localizaba con mayor intensidad en la parte interna y hacia la mitad de la pantorrilla, donde existía una zona dura. Con reposo han ido desapareciendo poco a poco el dolor y la hinchazón. Se ignora si con el accidente existió fiebre.

A su ingreso presentaba una gran hinchazón de toda la pierna y pie izquierdo, con una zona prominente en la parte media del gemelo interno, muy dura en sus extremos y con carácter fluctuante en el centro. Piel normal en toda la extremidad.

pulso poplítico, tibial posterior y pedio, conservados. Signo de Homans, negativo. Resto de la exploración, nada anormal.

El laboratorio daba los siguientes datos: Hematíes, 4.200.000. Velocidad de sedimentación, fórmula y recuento leucocitario, sin alteraciones. Tiempo de sangría 1'. Tiempo de coagulación, 5'. En orina, indicios de albumina, y en el sedimento 5 hematíes y 10 leucocitos por campo.

Eliminado el que se tratase de una flebitis o una linfangitis, se pensó en que el edema era reaccional a algo que ocurría dentro del músculo: dermatomiositis, miositis aguda, hemorragia muscular espontánea. La dermatomiositis se eliminó al ver que el edema tenía tendencia a desaparecer y por la falta de trastornos en la piel, aparte de que produce dolor pero no aumento del músculo. En contra de la miositis aguda supurada iba la falta de calor local y de enrojecimiento. Por tanto, clínicamente se llegó a la conclusión de que se trataba de una hemorragia intramuscular espontánea. Para comprobarlo se practicó una punción y se extrajeron unos centímetros cúbicos de sangre, que presentó la particularidad de ser incoagulable, confirmando el diagnóstico.

TABLA I

N.º de Orden	Edad	Sexo M: masculino F: femenino	Actitud al manifestarse el síndrome	Carácter del dolor	Edema	Equimosis	Síntomas isquémicos
1	50	F	corriendo	pedrada	sí	sí	sí
2	48	M	jugando tenis	no consta	sí	sí	sí
3	35	M	puntapié	pedrada	sí	sí	sí
4	42	F	jugando tenis	no consta	—	sí	—
5	35	M	caminando sin forzar	calambre	sí	—	—
6	47	F	caminando sin forzar	pedrada	—	sí	sí
7	41	F	levantando un peso	calambre	sí	sí	—
8	48	F	subir al tren	latigazo	sí	sí	sí
9	76	F	caminando sin forzar	pedrada	sí	sí	—
10	37	F	caminando sin forzar	pedrada	sí	sí	sí
11	49	M	forzando la pierna	pedrada	no	sí	sí
12	53	M	bajar escalones	pedrada	sí	sí	sí
13	53	M	caminando sin forzar	pedrada	sí	sí	—
14	54	M	corriendo	no consta	sí	sí	—
15	46	F	bajar escalones	no consta	no	sí	sí
16	49	F	caminando sin forzar	pedrada	—	sí	—
17	28	F	bailando	no consta	—	—	sí
18	55	F	bajar escalones	calambre	sí	sí	—
19	65	F	no consta	pedrada	—	sí	—
20	43	M	caminando sin forzar	pedrada	—	—	—
21	46	M	permanencia rato en pie	pedrada	—	—	sí
22	56	F	caminando en la playa	pedrada	—	—	sí
23	59	M	bajar escalones	pedrada	—	—	sí
24	31	M	caminando sin forzar	pedrada	sí	sí	sí
25	48	M	jugando tenis	no consta	sí	sí	—
26	23	M	no consta	no consta	sí	—	—

Del análisis de los casos expuestos se desprenden los siguientes datos:

a) La edad de presentación del síndrome oscila con mayor frecuencia entre los 40-60 años, con tendencia a ser más temprano en el sexo masculino.

- b) No existe preferencia por ninguno de los dos *sexos*.
- c) El carácter del *dolor* fué en todos los casos de aparición brusca, comparándolo en 15 a una pedrada, 3 a un calambre, uno a un latigazo y 7 no lo precisaron.
- d) De todos los casos, 15 presentaron *edema*, 19 *equímosis*, 14 *signos isquémicos*. En el resto no existían o no se precisó.
- e) Ningún caso se hallaba en reposo cuando se manifestó el síndrome. Del total, 16 realizaban un esfuerzo 8 estaban caminando sin forzar y en 2 no consta su actitud.

Si analizamos todas las observaciones mencionadas, destaca en primer lugar el que este síndrome se presenta en personas que gozan de excelente salud e incluso personas que llaman la atención por su robustez, vida deportiva y carencia de taras patológicas. En segundo lugar vemos que si bien en algunos casos una brusca contractura muscular pudo explicar la ruptura venosa, en otros el cuadro se presenta espontáneamente y sin que el enfermo haya realizado un esfuerzo. La existencia de una hemorragia interna se pone de manifiesto en todos los casos por la aparición, más o menos rápida, de una equímosis de magnitud variable. Los signos de trombosis del sistema profundo suelen ser evidentes: hinchazón, a veces ligera cianosis, signo de Homans positivo y dolor a la presión sobre la masa muscular de la pantorrilla con la rodilla flexionada. La repercusión de estas trombosis sobre el sistema arterial se traduce en unos casos por una ligera disminución de la temperatura local, y en otros por la desaparición del pulso periférico en el pie y disminución del índice oscilométrico en la pierna y en un caso el cuadro isquémico fué de tal intensidad que fué confundido momentáneamente con una embolia arterial.

Con contractura muscular o sin ella, el síndrome debuta siempre con un dolor brusco en la pantorrilla, producido por una hemorragia venosa intramuscular; dolor que casi todos los enfermos comparan a una pedrada. Esta hemorragia venosa origina una trombosis. Si la trombosis venosa surgida con finalidad hemostática es de poca extensión, el proceso no adquiriría mayor trascendencia que el de una pequeña hemorragia interna de origen venoso. Pero si, aun siendo ésta mínima, la trombosis se hace desproporcionada, se propaga y se extiende, entonces se convierte en una trombosis del sistema profundo de la pierna, con lo cual el proceso adquiere caracteres de tromboflebitis, cuyo cuadro pasa al primer plano quedando muy en segundo término el hecho hemorrágico en sí. Esta trombosis del sistema profundo de la pierna se exterioriza clínicamente por edema, dolor a la presión de las masas musculares, sensación de tensión dolorosa a nivel de los gemelos y del tendón de Aquiles al realizar la flexión dorsal del pie (signo de Homans), y dificultad al andar y subir escaleras, por la misma razón.

La trombosis del sistema profundo de la pierna repercute sobre el sistema arterial de la misma determinando una vasoconstricción más o menos intensa; y, así, a la sintomatología propia de la trombosis se le sobreñaden signos isquémicos tales como frialdad subjetiva, cianosis, termometría local disminuída, disminución del índice oscilométrico y abolición del pulso arterial más periférico (pedial y tibial posterior). Si el arteriospasio es de gran intensidad, el cuadro clínico semeja el de una embolia arterial.

La anestesia del simpático lumbar correspondiente, anulando el arteriospasio reflejo, hace desaparecer todos los síntomas y constituye la mejor medida terapéutica.

#### S U M M A R Y

The author describes 26 cases of a peculiar syndrome characterized by a sudden pain in the back of the calf followed by ecchymosis, edema and discomfort at the back of the calf on forced dorsiflexion of the foot. Rupture of muscles and deep veins with hemorrhage and thrombosis, and some times arterial spasm, are supposed the cause of this syndrome. Considering that the greater part of the patients compare this pain to the throw of a stone, the term «Síndrome de la pedrada» appears to be justifiable.

#### B I B L I O G R A F I A

MARTORELL, F. — *Trombosis por esfuerzo del miembro inferior.* «Revista Clínica Española», 16:297; 1945.

MARTORELL, F. — *Le syndrome du coup de fouet.* «La Presse Médicale», 63:522; 1955.

HOMANS. — Circulatory diseases of the extremities. «MacMillan, Co.» New York, 1939.

DOS SANTOS, J. C. — Patología geral das isquemias dos membros. «Livraria Luso-Espanhola, L. D.», Lisboa, 1944.

ROMEY y DE LA BARREDA. — *Hemorragia muscular espontánea en el seno de los gemelos que origina un cuadro de quiste hemático intramuscular con edema sintomático.* «Revista Clínica Española», 38:224; 1950.