

ANGIOLOGIA

VOL. XVII

MAYO-JUNIO 1965

N.º 3

A PROPOSITO DE UN SÍNDROME DOLOROSO DE LA PIERNA

EL «COUP DE FOUET»

MIGUEL VÁZQUEZ ROCHA

Director del Carnet de Salud (M.P.S. Montevideo). Encargado del Departamento de Enfermedades Vasculares Periféricas del Centro de Cardiología (Director, Dr. Eugenio J. Isasi). Montevideo (Uruguay)

Existe un cuadro clínico doloroso agudo de los miembros inferiores, más particularmente de la pierna, muy característico, descrito desde hace muchísimo tiempo, cuya interpretación etiopatogénica ha sido objeto de muchas discusiones y que reviste indudablemente importancia por sus posibles consecuencias lejanas que devidamente estarán en relación con la conducta terapéutica del médico asistente.

Este cuadro clínico es conocido en la literatura francesa con el nombre de «Coup de fouet» y motivó un artículo de F. MARTORELL, que lo denominó «Síndrome de la pedrada». La circunstancia de haber tenido ocasión de observar ejemplos típicos del mismo entre nuestros pacientes nos induce a realizar este trabajo que no tiene otro objeto que el de renovar su conocimiento por los colegas no experimentados en las vasculopatías.

Tanto más oportuna creemos esta revisión cuanto que hemos tenido oportunidad de verificar los frecuentes errores de diagnóstico y, lo que es más importante, de tratamiento en que se incurre en estos casos.

DEFINICIONES

El artículo «coup de fouet» del *Larrouse Médical* (Ed. 1925) lo define así: «Dase este nombre a un dolor extremadamente vivo que se presenta súbitamente en la pantorrilla a consecuencia de la contracción enérgica y brusca de los músculos extensores del pie, principalmente en un salto o un traspie (faux pas). Se acompaña rápidamente de hinchazón extendida y voluminosa de la pierna, manchas inicialmente azules (equimosis originadas por extravasación sanguínea) o impotencia funcional del miembro más o menos acentuada».

Como causas, expresa la citada obra: «Se atribuyó sucesivamente a rupturas de fibras musculares (gemelos, plantar delgado), a desgarraduras de la aponeurosis tibial: ruptura del tendón de Aquiles. La tendencia actual es ver en él el efecto, por lo menos en algunos casos, de la desgarradura de las venas profundas de la pierna, lo que explica las flebitis y embolias que a veces le siguen.»

Es una definición clara y precisa. Sin embargo, cabe señalar que, de acuerdo a lo que nos ha enseñado nuestra práctica, esa contracción violenta señalada como condición inicial del síndrome puede no ser tal, limitándose a la actividad muscular normal o aún faltar del todo.

Otros elementos de interés deben introducirse dentro del síndrome. Son los siguientes:

El paciente es, por lo general, un sujeto vigoroso y que goza de buena salud; hombre o mujer, realizan actividades que requieren una complejión física recia.

Su edad, al menos en nuestras observaciones, era superior o cercana a la cincuentena; salvo pocas excepciones, sus miembros no presentaban trastornos vasculares, arteriales o venosos, de importancia.

El dolor puede ser a veces tan intenso como para justificar el empleo de una inyección de morfina para aliviarlo, como se aplicó en algunos de nuestros casos por el médico de urgencia.

Este dolor tiene un carácter tan sorpresivo, tan inesperado e inexplicable, que el paciente cree haber sido atacado con un balazo, latigazo o pedrada, y se vuelve buscando un atacante y, al no encontrarlo, examina la parte afectada en busca de una herida cuya ausencia lo deja perplejo.

HISTORIAS CLÍNICAS

Revisemos ahora algunos ejemplos de los casos observados por nosotros.

CASO I. Acude el 4-I-60. J. C. de G., de 50 años. Complejión robusta. Realiza todas las tareas de su hogar. Nunca se ha sentido enferma. El primero de enero, en circunstancias en que procedía a barrer una habitación de su domicilio, acusó fuerte dolor en la pantorrilla izquierda, lo que le hizo pensar que la habían golpeado con algún objeto arrojadizo. El intenso dolor le hizo guardar cama. Cuando la vemos al día siguiente, comprobamos que presentaba una discreta impotencia funcional causada por el dolor que localizaba en la pantorrilla izquierda. Ésta presentaba un empastamiento difuso, era dolorosa a la palpación y mirada su superficie se distinguía una equimosis. Aconsejo a la paciente la aplicación de calor, una venda elástica y la administración de una ampolla diaria de Butazolidina. El dolor alivió con rapidez, por lo cual recomiendo movilización activa y la marcha.

El 12-I-60 podía ya realizar algunos quehaceres domésticos, conservando el vendaje. El 29-I-60 habían desaparecido los dolores, pero conservaba aún alguna equimosis, que ahora se encuentra a lo largo de casi toda la cara posterior e interna de la pierna, y discreta tumefacción.

Esta paciente no presentaba ni varices ni arteriopatía en sus miembros inferiores. Curó perfectamente.

CASO II. Acude el 3-I-60. M. C., de 75 años. Sujeto que a pesar de su edad es aún vigoroso y activo, de complejión robusta. Siempre ha sido sano. Presenta pequeñas varices bilaterales no bien sistematizadas. La exploración de su sistema arterial periférico no mostró evidencia de alteraciones patológicas.

Hace dos o tres días, al levantarse de la cama y cuando colocaba sus piernas pendientes, acusó intensísimo dolor en la cara posterior de la pierna derecha. Al día siguiente presentaba tumefacción de la región local de ese lado y una discreta

equímosis contorneando el borde inferior de los gemelos. Mediante calor, cura elastocompresiva y administración de algunos comprimidos analgésicos, pudo comenzar la deambulación. Evolucionó sin accidentes y se restableció sin complicaciones. Como secuela quedó un cordón indurado profundo en la pantorrilla derecha.

CASO III. Acude el 23-IX-60. A. I. L., de 56 años. Hombre de complejión fuerte, muy activo, que realiza tareas que requieren marchas prolongadas. Su examen clínico general lo evidencia como un hombre sano.

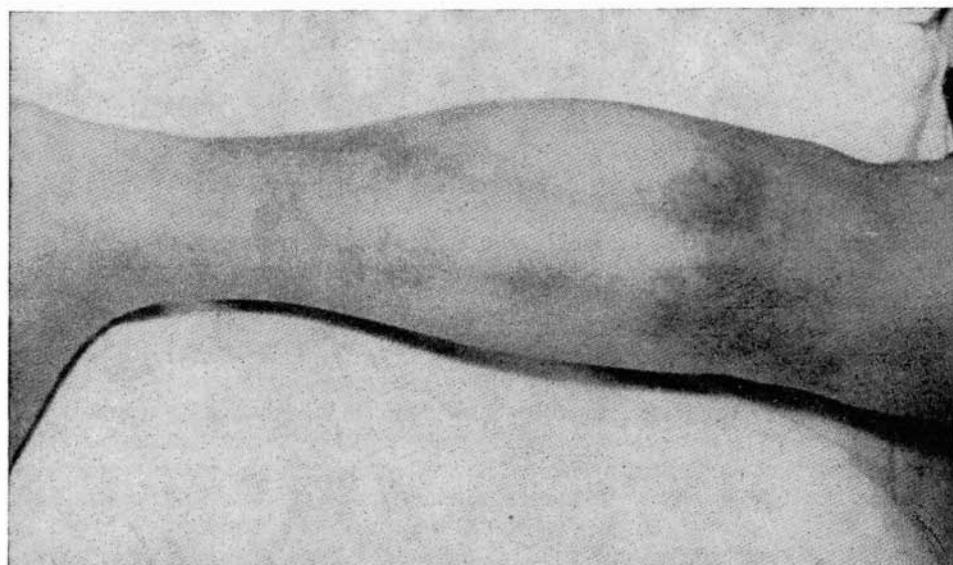


FIG. 1. Obsérvese la equimosis en la cara posterosuperior de la pierna, Caso IV.

Hace dos días, en circunstancia de aguardar un ómnibus en una esquina, acusa fuerte dolor en la pantorrilla derecha. Caminando como pudo, a consecuencia del dolor, se introdujo en una farmacia buscando alivio. Se le administraron algunos comprimidos analgésicos y se trasladó a su casa, cercana un par de cuadras al lugar.

Cuando le veo presenta dolor exquisito de la pantorrilla afectada y la palpación permite apreciar un cordón empastado en el surco sural que se prolonga hacia arriba casi hasta el hueco poplítico; equímosis en la misma región extendiéndose hasta la unión del tercio medio con el inferior de la cara posterior de la pierna. Ya bastante aliviado de sus dolores, aplicamos cura elastocompresiva y algunas ampollas de Butazolidina (cuatro en total), aconsejándole deambulación.

A los diez días sólo quedaban algunas equímosis, que ahora estaban más pronunciadas en el tercio inferior de la pierna.

CASO IV. Acude el 8-VII-62. J. A. A., de 57 años. Corredor de comercio. Complejión robusta. Siempre sano. No presenta alteraciones vasculares en sus miembros inferiores. El 5 de julio, mientras cruzaba una calle, acusó intenso dolor en la pan-

torrilla derecha, creyendo haber sido atacado por algún proyectil, que imaginó primero de revólver, extrañándole no haber oído el sonido. Procedió de inmediato a examinarse la parte afectada esperando hallarla herida y con sorpresa no encontró nada. Este paciente exploró los alrededores buscando el autor de la agresión, sin ver a nadie. Renqueando, se trasladó a su domicilio y procuró asistencia.

El examen reveló empastamiento doloroso de la pantorrilla que causa discreta impotencia funcional. La pierna se presentaba más bien pálida y fría, lo que nos hizo pensar en un primer instante en una posible obstrucción arterial (trombosis o embolia). La coloración reapareció sin embargo, y fueron haciéndose manifiestas de modo progresivo zonas equimóticas a lo largo del surco entre los gemelos y extendiéndose luego a lo largo de la cara interna y posterior de la pierna hacia abajo (fig. 1). La región se puso tumefacta, pudiendo palparse un cordón empastado en la línea media de la cara posterior en su tercio superior que descendía hasta cerca del tendón de Aquiles.

El dolor es muy molesto y limita en gran manera la marcha aun después de la aplicación de un vendaje elástico. Requirió algunas ampollas de Butazolidina (cinco) aplicadas diariamente y la aplicación de calor en la cama.

Actualmente (veinte días después) sólo resta algo de tumefacción de la pantorrilla y las equímosis, siendo el dolor bastante atenuado como para permitir a este hombre viajar al interior del país.

CASO V. Acude el 26-IX-58. M. R., mujer de 23 años. Es examinada y refiere que algunos meses atrás, en momentos en que ascendía por una escalera, acusó intenso dolor en la pantorrilla derecha, cayendo al suelo, lo que le hizo pensar en que la golpeaban. Al día siguiente notó equímosis difusas de la citada región y tumefacción pronunciada que le obligan a renquear durante la marcha varios días después. En el momento de nuestro examen apreciamos en la región sural una cicatriz fibrosa ovalada a mayor diámetro vertical, de 3 cm de longitud por 0,5 cm de ancho, que sugiere un cordón venoso esclerosado, localizado en la unión de la cara posterior con la interna de aquella región. La piel de la zona presenta una pigmentación parduzca. El resto del examen del miembro revela la existencia de varices no sistematizadas de volumen discreto. El sistema arterial, osteomuscular y linfático no presentan anomalías. La tensión arterial era 105/65 mm Hg. Se trata de una muchacha de estatura alta, buena complejión física y excelente salud. Actualmente consulta por sus pequeñas varices, algunas empastadas en cara posterior de la pierna derecha.

CASO VI. Acude el 21-IV-58. R. B. I. de C., de 64 años, mujer. Presenta un proceso de perivenitis en la cara posterior de la pantorrilla derecha, que apareció bruscamente hace tres días en su casa mientras cumplía las tareas rutinarias de limpieza. Creyó haber sido golpeada. El dolor se acompañó de escalofríos que le obligaron a guardar cama. Al día siguiente notó tumefacción difusa de la región de los gemelos y aparición de equímosis que infiltraban casi la totalidad de la cara posterior del tercio superior de la región sural. Cuando la vemos, tres días después del comienzo, aún existe edema, equímosis y ligera impotencia funcional; la región es sensible, caliente y empastada.

La evolución posterior fue favorable y condujo a una curación completa, dejando una cicatriz fibrosa de la región y un cordón venoso indurado en una rama de la safena externa de ese lado.

DISCUSIÓN

Es evidente en estos casos la etiología venosa del síndrome. Su esencia íntima es ya asunto de discusión.

MARTORELL lo interpreta como un accidente tromboflebitico que debilitaría la pared vascular o alguna válvula de algún vaso venoso profundo conduciendo a la ruptura y hemorragia que explica las equimosis. Esta concepción justifica también la aparición del síndrome sin el antecedente de un esfuerzo muscular violento, como parece exigirlo la concepción clásica. Pero este mecanismo ¿es aplicable a todos los casos? Nosotros no lo creemos.

Es posible que en personas que han pasado la cincuentena existan alteraciones venosas degenerativas que debilitan la pared venosa o algún aparato valvular facilitando su ruptura al menor esfuerzo. Estas mismas alteraciones parietales o valvulares favorecerían posteriormente el desarrollo de un proceso tromboflebitico localizado. En una palabra, creemos que en sujetos sin afección alguna del vaso, del tipo flebitico, éste puede romperse e iniciar el proceso tras un esfuerzo que puede ser mínimo.

En general todos los casos evolucionan posteriormente como un proceso tromboflebitico, con todas las características de una flebitis plástica localizada y sus posibles consecuencias: extensión a otros sectores venosos y aún embolismo.

De aquí la importancia de su conocimiento y la necesidad de un tratamiento precoz correctamente conducido.

La ausencia frecuente de alteraciones en las venas superficiales es lo que autoriza a pensar en que los vasos afectados son los profundos, desde los cuales el proceso tromboflebitico original o consecutivo a la alteración parietal se propaga a los superficiales, como ocurrió en la mayor parte de nuestros casos.

¿Cuál es la patogenia de este dolor tan característico?

Para nosotros debe atribuirse a la ruptura valvular o de la pared del vaso que es evidente se produce en ese momento, de origen traumático o causada por lesiones parietales predisponentes. La infiltración de los tejidos vecinos por la sangre extravasada e irritación por ella de las estructuras anexas, en especial nerviosas, explicaría su prolongación y su cambio de carácter en la evolución posterior.

Porque, en efecto, en la evolución del dolor se diferencian claramente dos etapas:

1^a Inicial, de dolor repentino, brusco, inesperado, intenso, en relación con la fase de ruptura valvular o parietal.

2^a Dolor subsiguiente, sordo, incapacitante, subjetivo y objetivo, localizado en forma difusa en toda la pantorrilla y causado por la infiltración sanguínea de las estructuras vecinas, que a veces se exterioriza como equimosis.

No dudamos tampoco de que algunas veces la injuria traumática de un músculo, tendón o aponeurosis pueda engendrar un dolor semejante, pero en estos casos existirán a nivel de estas estructuras indicios que permiten reconocerlo y además el antecedente de un esfuerzo muscular violento.

Lo que nosotros estamos considerando aquí es otra cosa muy distinta. Es un síndrome cuya etiología es una alteración vascular y que evoluciona como un proceso vascular, que requiere un tratamiento adecuado para evitar consecuencias que pueden ser serias. Por eso es útil su conocimiento.

CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS

Este síndrome debe ser tratado como una tromboflebitis y de acuerdo a las directrices siguientes:

1. Calmar el dolor que acarrea impotencia funcional e induce al enfermo al reposo, que consideramos perjudicial.
2. Movilización precoz del paciente.
3. Combatir la inflamación.

Para lograr lo primero se utilizará el calor y los analgésicos corrientes.

El tercer elemento, la inflamación, se deberá combatir mediante la Butazolidina, que se aplicará siguiendo las normas de SIGG, durante tres o cuatro días en forma intramuscular. La administración oral carece de actividad terapéutica.

Hemos utilizado aun con buen éxito la medicación fibrinolítica, tanto por vía oral como inyectable, que nos ha parecido de gran utilidad, acortando el tiempo de duración del tratamiento. La forma inyectable ha demostrado un efecto extraordinario, a veces espectacular, contra la tumefacción de la pantorrilla.

RESUMEN

Se recuerda y actualiza un síndrome agudo doloroso de la pierna conocido desde hace muchísimo tiempo como «Coup de fouet» o «Síndrome de la pedrada». Se presentan seis casos típicos observados por nosotros, en los cuales la etiología es evidentemente venosa. Se insiste sobre la necesidad de su rememoración a fin de evitar errores de interpretación diagnóstica y defectos de tratamiento. Se discuten sus particularidades a la luz del concepto y las observaciones presentadas.

SUMMARY

The author describes six demonstrative cases of a peculiar syndrome characterised by a sudden pain in the back of the calf, followed by echymosis, edema and discomfort at the back of the calf on forced dorsiflexion of the foot. The syndrome is called in France «le syndrome du coup de fouet» and in the Spanish-speaking countries «el síndrome de la pedrada». Some etiopathogenic and therapeutic considerations are made.

BIBLIOGRAFÍA

- MARTORELL, F.: *El síndrome de la pedrada*. «Angiología», 7:245;1955.
SIGG, K.: «Proc. of the Intern. Conf. on Thromb. und Embol.», marzo 1954.
«Larousse Médical», 1925.
VÁZQUEZ ROCHA, MIGUEL.: «Sistole», 7:47;1956.