



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/1578 - CUIDADO CON LAS CIÁTICAS

V. Hortiguera del Cura<sup>a</sup>, M. Chávez Ríos<sup>b</sup>, M. Reyes Urbina<sup>c</sup>, C. Aguirre Alarcón<sup>b</sup> y S. Soto González<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 52 años de edad que consulta por dolor en región lumbar y glúteo izquierdos irradiado a cara externa de miembro inferior izquierdo. Lo asocia a caída hace 15 días. Presenta parestesias y dolor nocturno ocasional (calambres), incontinencia ocasional por dolor y pérdida de fuerza. No mejoría tras paracetamol. Entrevista differida con familiar (la paciente no habla castellano). Refiere no haber acudido antes a MAP por dolor intenso tras deambular 20 metros. Antecedentes: fumadora de 10 cig/día, DM II, HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica revascularizada en 2011, IAM Killip II hace 1 mes (tratamiento médico) función ventricular severamente deprimida. Stent iliaca derecha.

**Exploración y pruebas complementarias:** Columna lumbar: dolor en lateralización izquierda e hiperextensión, Jackson+ izquierdo, sobrecarga cuadrado lumbar izquierdo, puntos gatillo activados. ROT presentes, fuerza y sensibilidad conservadas y simétricas. Resto normal. Vascular: dudosos Homans bilateral, ausencia de pulsos distales, palidez y disminución de temperatura en MII que empeora con la elevación. Ecodoppler: pulso femoral débil izquierdo, monofásico. La aorta abdominal no capta flujo en su interior. Se deriva urgente para valoración por cirugía vascular que realiza angioTC objetivando oclusión de la aorta distal y ambos ejes iliacos (Leriche), observando recanalización bilateral a través de epigástrica inferior y circunfleja iliaca profunda. Distalmente: ateromatosis poplítea izquierda.

**Juicio clínico:** Isquemia crítica de ambos MMII a expensas de oclusión aórtica e iliaca bilateral (síndrome de Leriche).

**Diagnóstico diferencial:** Lumbociatalgia, sacroileítis, coxartrosis, lesión plexo crural.

**Comentario final:** Se interconsultó a cardiología que descartó la intervención debido a la imposibilidad de retirar antiagregación y por FV gravemente deprimida. Se decide tratamiento médico (doble antiagregación, estatina, betabloqueante). El síndrome de Leriche es más frecuente en varones jóvenes. La causa principal suele ser una arterioesclerosis obliterante. Mayor riesgo en diabéticos, dislipémicos, hipertensos y fumadores. El tratamiento de elección es la colocación de una prótesis bifurcada en by-pass aorto-bifemoral (por encima de la tromboendarterectomía).

### Bibliografía

1. Sobregrau de RC, Viver E, Rodríguez-Moria A, Jiménez-Cossio JA, Castromil E, Barreiro A. Estudio clínico y tratamiento quirúrgico en el síndrome de Leriche. *Angiología (Barc)*. 1975;27(3):131-9.
2. Azcona-Elizalde et al. Síndrome de obliteración aortoiliaca o síndrome de Leriche. En: Farreras-Rozman Medicina Interna.

**Palabras clave:** Arterioesclerosis. Aorta. Lumbociatalgia.