



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1489 - DOCTORA, NO PUEDO CAMINAR

C. Velasco Tejado^a, M. Millán Hernández^b, R. Álvarez Benedicto^c y L. Vallejo Serrano^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud La Marazuela. Las Rozas. Madrid. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 70 años con AF de madre fallecida por aneurisma de aorta abdominal y AP de exfumador y HTA. Refiere dolor en glúteo izquierdo de 6 meses de evolución de características mecánicas que aparece al caminar. El dolor empeora al subir cuestas. No refiere rigidez ni AF de enfermedades reumáticas.

Exploración y pruebas complementarias: Movilidad columna lumbar conservada. No apofisalgias ni dolor en musculatura paravertebral. Lasègue negativo. Fuerza y sensibilidad conservadas. ROTs presentes y simétricos. Dolor a la palpación de articulaciones sacroiliacas. Se realiza Rx de columna lumbar con anomalía de transición L5-S1. Se diagnostica de espondiloartrosis y se deriva a RHB donde realizan RM de sacroiliacas donde se observa edema de 15 mm en la articulación sacroiliaca izquierda. Se diagnostica de fx de estrés y se realiza gammagrafía ósea selectiva que resulta negativa para la presencia de fractura pélvica y se deriva a la Unidad de fisioterapia y a la Unidad del Dolor que realiza infiltración ecoguiada y estimulación motora que resulta positiva, por lo que se diagnostica de síndrome miofascial glúteo izquierdo y se realizan infiltración.

Orientación diagnóstica: Tras el estudio, el paciente acude a consulta de AP donde refiere dolor en región glútea de 4 años de evolución que aparece tras caminar 200 metros, empeora al subir cuestas y le obliga a detenerse. El dolor desaparece pasados 2 minutos tras el cese de actividad y reaparece de nuevo al deambular 500 metros. Describe el dolor como punzante y opresivo. No irradiación. Destaca dificultad para la palpación de pulsos pedios y tibiales posteriores derechos. Poplíticos débiles. Femorales normales. ITB derecho 0,53 e ITB izquierdo 0,51. Con diagnóstico de claudicación intermitente se recomienda abandono del hábito tabáquico, AAS y simvastatina 40 mg y se deriva a consultas de cirugía vascular.

Diagnóstico diferencial: Espondiloartrosis. Síndrome miofascial.

Comentario final: Ante paciente con factores de riesgo y clínica compatible realización de ITB en atención primaria para descartar patología vascular.

Bibliografía

- Harris L, Dryjski M. Epidemiology, risks factors, and natural history of peripheral artery disease. UpToDate, 2017.

-
2. Neschis DG, Golden MA. Clinical features and diagnosis of lower extremity peripheral artery disease. UpToDate, 2017.

Palabras clave: Claudicación intermitente. Ateroesclerosis.