

347/1522 - ME DUELE LA ESPALDA, DOCTOR

S. García Cabrera^a, S. Manzano Sánchez-Miranda^b, N. Herrera Piúa^a y N. Gamarra Mendoza^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monovar. Madrid. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monovar. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Monovar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años, fumador, que trabaja como técnico de telecomunicaciones, habitualmente colgado de un arnés, valorado en la mutua por dolor lumbar irradiado a pierna izquierda, con posible discopatía L5-S1 (estrechamiento radiográfico), que no responde a antiinflamatorios, de unas semanas de evolución. En visitas sucesivas refiere parestesias en miembros inferiores (MMII) y claudicación a los 200 metros. Asocia atrofia muscular.

Exploración y pruebas complementarias: En la primera visita destaca dolor a la palpación en musculatura paravertebral bilateral, Lasègue y Bragard negativos. Posteriormente se observa leve atrofia muscular de MMII. Discreto enlentecimiento del relleno venocapilar. Pulsos: femoral derecho presente, ausencia de poplíteos y distales; ausencia de femoral izquierdo. Índice tobillo-brazo (ITB): Pulsos: brazo 140, MID 90 (0,6), MII 100 (0,7). Ecografía doppler: alterada. Analítica: anticuerpos anticardiolipina positivos, resto normal. Angio TC: grave engrosamiento de la luz de iliacas comunes de 10 y 15 mm de extensión cráneo-caudal.

Orientación diagnóstica: Impresiona de obstrucción vascular proximal, por lo que se inicia tratamiento con ácido acetilsalicílico y estatina y se deriva a Cirugía vascular.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Leriche, hernia discal lumbar, aneurisma aorta abdominal.

Comentario final: La sospecha inicial de discopatía lumbar con estenosis de canal fue modificándose durante el seguimiento, de acuerdo con la anamnesis reiterada y las exploraciones sucesivas, que orientaban a claudicación de MMII, en un paciente sin antecedentes de interés salvo ser fumador activo. Además, en el angioTC se observó estrechamiento luminal que no correspondía con placas ateroscleróticas, y se relacionó con microtraumatismos repetidos a ese nivel probablemente por el uso habitual de arnés. Para el diagnóstico es suficiente con las herramientas de que disponemos en atención primaria (ITB, Eco doppler). El tratamiento del síndrome de Leriche incluye hábitos saludables (dejar de fumar, ejercicio físico progresivo), fármacos (cilostazol, antiagregante plaquetario y estatina) y cirugía (angioplastia con balón).

Bibliografía

1. Arnaiz García ME. Síndrome de obliteración aorto-ilíaca-Síndrome de Leriche, Medicina general y de familia. 2013;2(4).
2. Martínez J, Díaz JJ. Enfermedad oclusiva aortoilíaca o síndrome de Leriche. Rev Colomb Cir. 2017;32:214-22.

Palabras clave: Leriche. Antifosfolípido. Isquemia.