

## 424/4051 - DOCTOR, ME DUELE LA PIERNA

G. Pinat Zecchin<sup>1</sup>, M. Plans Tena<sup>2</sup>, I. Ochoa Chamorro<sup>3</sup> y L. Vallejo Serrano<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.<sup>2</sup>Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 58 años que acude por dolor en pierna izquierda de 2 horas de evolución. Tiene como antecedentes: fumador (índice de paquetes/año: 94), hipertenso mal controlado con fármacos, y operado por osteomielitis crónica de muñeca derecha. El dolor apareció de forma brusca estando sentado, y le impide mover la pierna. A veces siente dolor al caminar, y cuando para cede, pero nunca tan fuerte. Disfunción sexual desde hace años. No pérdida de control de esfínteres. No traumatismo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial: 179/113 mmHg; frecuencia cardiaca: 73 lpm; temperatura: 35,3 °C. Imposibilidad para realizar la abducción, sin limitación mecánica. Miembros: ambos fríos y pálidos; izquierdo: no se palpan pulsos, retraso del llenado capilar, parestesias en dorso del pie; derecho: pulsos débiles, con gran diferencia respecto a radiales. Al realizar el índice tobillo/brazo, el derecho es de 0,8; y el izquierdo de 0,56, por lo que comentamos el caso con Urgencias para confirmar la sospecha y comenzar tratamiento de forma inmediata. Allí se realizan una analítica en sangre con bioquímica, hemograma y coagulación (parámetros en rango, exceptuando: Leucocitos  $15,15 \times 10^3/\text{?L}$ ; neutrófilos  $11,95 \times 10^3/\text{?L}$ ; tiempo de protrombina 12,70 seg; fibrinógeno 669,00 mg/dl; dímero D 0,52 ?g/ml), así como una radiografía (normal) y una tomografía computarizada de arterias periféricas con contraste. Se pautan 5.000 UI de heparina sódica intravenosa en bolo y 1.000 UI/hora en perfusión. El paciente evoluciona favorablemente.

**Orientación diagnóstica:** Enfermedad oclusiva aortoilíaca o síndrome de Leriche.

**Diagnóstico diferencial:** Fractura de estrés. Rotura muscular. Afectación coxofemoral. Celulitis. Neoplasia. Trombosis venosa profunda. Lesión isquémica arterial.

**Comentario final:** La enfermedad oclusiva aortoilíaca, o síndrome de Leriche, es una enfermedad arterial periférica, en la cual existe una oclusión de las arterias ilíacas desde su bifurcación. La claudicación intermitente es su clínica más frecuente; no obstante, es una enfermedad subdiagnosticada por su cronicidad y el sedentarismo de estos pacientes. Para el diagnóstico es imprescindible la sospecha clínica y se confirma mediante la arteriografía. El tratamiento puede ser conservador (anticoagulación) o quirúrgico.

### Bibliografía

1. Martínez J, Díaz JJ, Luján VP, Fernández MR, Ramírez E. Enfermedad oclusiva aortoilíaca o síndrome de Leriche. Rev Colomb Cir. 2017;32:214-22.
2. Rodríguez SP, Sandoval F Aortoiliac occlusive disease, a silent syndrome. BMJ Case Reports CP. 2019;12(7):e230770.

**Palabras clave:** Oclusión aortoilíaca. Leriche.