



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1596 - DOLOR LUMBAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Galan Gil¹, I. Gaite González², C. Santos Altozano³ y J. Calatayud Rodríguez⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Suerte Saavedra. Badajoz. ²Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Suerte Saavedra. Badajoz. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Suerte Saavedra. Badajoz. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón, 60 años con antecedentes personales de HTA y DLP en tratamiento. Fumador activo, 20 paquetes/año. Acude a consulta por dolor a nivel lumbar que se irradia hacia ambos miembros inferiores. El dolor no cede con reposo. Limitación para bipedestación y claudicación en la marcha. No alteración de esfínteres.

Exploración y pruebas complementarias: - Exploración columna y miembros inferiores: dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar y musculatura glútea bilateral. Flexibilidad y movilidad limitada por dolor. Signos de Lasègue y Bragard positivos izquierdo a 45º, negativos derecho. ROT conservados. Fuerza y sensibilidad conservadas. No clara irradiación metamérica. No anestesia en silla de montar. Pulsos pedios y tibial posterior filiforme. Relleno capilar de los dedos ligeramente alargado. Marcha no explorable por dolor. Radiografía de columna lumbar: espondiloartrosis, disminución de espacio intervertebral L5-S1. Ateromatosis aorta abdominal. AngioTC de abdomen: Fase sin contraste: marcada ateromatosis de aorta abdominal y vasos principales, iliacas hasta femoral superficial, aumento de densidad en aorta abdominal a aproximadamente 2,5 cm de la bifurcación, sugestivo de material trombótico. Fase con contraste: adecuada repleción de aorta abdominal y vasos principales hasta aproximadamente 2,5 cm de la bifurcación donde se visualiza un defecto de repleción que se extiende hacia iliacas primitivas, con revascularización filiforme sobre iliacas externas por colateralidad.

Orientación diagnóstica: Inicialmente, por la clínica y exploración, orientamos el diagnóstico hacia lumbociatalgia, pero tras la falta de respuesta al tratamiento ajustado y la evolución clínica, sospechamos un síndrome de Lèriche, por lo que solicitamos las pruebas complementarias.

Diagnóstico diferencial: Lumbociática. Síndrome de Lèriche.

Comentario final: Finalmente, el diagnóstico fue síndrome de Lèriche. Esta patología tiene sintomatología similar a la lumbociatalgia, pero tanto el tratamiento como la repercusión clínica son diferentes. Es importante hacer una buena historia clínica y exploración, además de realizar seguimiento de los pacientes.

Bibliografía

1. Casas E, Vázquez F, Witek NP. Síndrome de Lèriche como causa inhabitual del síndrome de la cola de caballo. Sociedad Española de Neurología. 2020;35:503-4.

2. de Pablo B, Arévalo A, Serra M. Síndrome de Leriche. Presentación aguda en urgencias. FMC. Formación Médica continuada en Atención Primaria. 2013;20:555.

Palabras clave: Dolor lumbar. Lumbociatalgia. Lèriche.