



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

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

A. Galan Gil<sup>1</sup>, I. Gaite González<sup>2</sup>, C. Santos Alrozano<sup>3</sup> y J. Calatayud Rodríguez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Suerte Saavedra. Badajoz. <sup>2</sup>Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Suerte Saavedra. Badajoz. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Suerte Saavedra. Badajoz. <sup>4</sup>Especialista 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. Pulso 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.