Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):2

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/153 - Lumbalgia, una vez más, no es lo que parece

Z. Soneira Rodríguez[a], P.N. Aguilera Samaniego[b], M. Andrés Gómez[c], G. Sgaramella[d], M. González Ruiz[a], M. Lara Torres[e], C. Fernández Pereda[f], B. Saiz Santos[g], E.A. Lino Montenegro[h] y M.P. Carlos González[i]

[a]Médico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. [b]Médico de Familia. León. [c]Servicio de Urgencias; [d]Hospitalización Domiciliaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Interior. Cantabria. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. [g]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS General Dávila. Cantabria. [h]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Santander. [i]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 45 años, sin alergias medicamentosas conocidas, Fumadora 10 cig/día desde los 18 años. HTA. Dislipemia. DM no conocida. Acude a consulta de atención primaria por cuadro de aproximadamente 2 meses de evolución de dolor lumbar irradiado a región distal de extremidad inferior izquierda, de características mecánicas, acompañado de disminución de sensibilidad distal, y en ocasiones también de extremidad derecha y más proximal hasta cadera. Se realiza TAC lumbar evidenciando estenosis foraminal izquierda L4-5 secundaria a signos degenerativos en el macizo articular. Se pauta tratamiento analgésico sin mejoría, refiriendo además, aparición de incontinencia urinaria y cuadro de fiebre, coincidente con aparición de lesiones ulcerosas en región perineal. En ENG/EMG se observan hallazgos compatibles con polirradiculoneuropatía mixta, desmielinizante y axonal, sensitivo-motora, por lo que se deriva a urgencias para valoración, ante sospecha de probable polineuropatía.

Exploración y pruebas complementarias: MEG, TA 140/100 mmHg; FC 100 lat/min; FR 30 resp/min; SatO2 87 (FiO221); Tª 36 ºC. No ingurgitación yugular. ACP: rítmica, no soplos, crepitantes bibasales. EEII: dolor MII. Disminución de la sensibilidad en región externa del pie izquierdo, más frío, peor perfundido, pálido, con pulso muy débil. ROT disminuidos en EEII. Extensas lesiones ulcerosas perineales e inguinales bilaterales con signos de hipoperfusión en región sacra. Resto de exploración anodina. Hemograma: 19.000 leucocitos/uL (81% PMN, 1% metamielocitos); Hb. 11 g/dL; Hto. 35%; VCM: 99 fL; 390.000 plaquetas/uL. Bioquímica: glucosa: 94 mg/dl; urea 127 mg/dL; creatinina 2,97 mg/dl; bili T 1,2 mg/dL; PFH normales, troponina < 0,01 ng/mL; Ca normal; Mg normal; Na 136 mEq/L; K 4,8 mEq/L; PCT 0,4 ng/mL; lactato 7 mg/dL; PCR 25 mg/dL. Coagulación: act. de protrombina 70%. Radiométer venoso: pH 7,25 pCO2: 31 mmHg; pO2: 50 mmHg; HCO3: 13 mmol/L; EB -12 mmol/L; SatO2: 80%. E y S: nitritos +, piuria, bacteriuria importante. BQ LCR normal. Rx de tórax: infiltrados bilaterales sin clara condensación. ECG: ritmo sinusal a 100 lat/min.; QRS estrecho, T negativas en cara lateral. TAC abdomen: ateromatosis calcificada aortoiliaca con obstrucción de arteria iliaca común derecha, y estenosis significativas en la externa y en territorio iliaco izquierdo.

Juicio clínico: Síndrome de Leriche. Gangrena de Fournier.

Diagnóstico diferencial: Lumbociatalgia, Guillain Barré, osteorartritis, Aneurisma arterial, disección arterial.

Comentario final: A su ingreso se evidenció isquemia severa de extremidades inferiores, realizándose bypass aortofemoral izquierdo urgente, con posterior mejoría de la perfusión de ambas EEII. El síndrome de Leriche es una arteriopatía oclusiva crónica causada por la obliteración progresiva de la aorta terminal comprometiendo la bifurcación aortica y las arterias iliacas en forma gradual, siendo la ateroesclerosis la causa más frecuente. Los factores de riesgo preponderantes son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la dislipidemia y el tabaquismo. Es una patología de difícil diagnóstico por ser, la mayoría de las ocasiones, subclínica, su prevalencia en la población española se sitúa entre el 4,5 y el 8,5% según las series, de la que el 3,8-24,5% es silente y el 6-29,3% suele presentarse como claudicación intermitente, pudiendo presentar además disfunción eréctil y trastornos tróficos. Supone un reto diagnostico tanto en atención primaria como en urgencias, de ahí la importancia de un adecuado interrogatorio y exploración física.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azcona-Elizallde, et al. Síndrome de obliteración aortoiliaca o síndrome de Leriche. En: Farreras-Rozman Medicina Interna, 13ª ed.

2. Guerra Hernández IM, Fandiño Cobo ME, Madan Pérez MT, et al. Índice tobillo-brazo y riesgo cardiovascular en varones de atención primaria. Clin Invest Arterioscl. 2010;22:186-91.

3. España Caparrós G. Estudio de la incapacidad laboral por enfermedades cardiocirculatorias. Enfermedad vascular periférica: isquemia de miembros inferiores. Madrid: Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo; 1998.

4. Carbayo JA, Divisón JA, Escribano J, et al: Using ankle-brachial index to detect peripheral arterial disease: Prevalence and associated risk factors in a random population sample. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2007;1741-9.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.