



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1489 - DOCTORA, NO PUEDO CAMINAR

C. Velasco Tejado^a, M. Millán Hernández^b, R. Álvarez Benedicto^c y L. Vallejo Serrano^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud La Marazuela. Las Rozas. Madrid. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 70 años con AF de madre fallecida por aneurisma de aorta abdominal y AP de exfumador y HTA. Refiere dolor en glúteo izquierdo de 6 meses de evolución de características mecánicas que aparece al caminar. El dolor empeora al subir cuestas. No refiere rigidez ni AF de enfermedades reumáticas.

Exploración y pruebas complementarias: Movilidad columna lumbar conservada. No apofisalgias ni dolor en musculatura paravertebral. Lasègue negativo. Fuerza y sensibilidad conservadas. ROTs presentes y simétricos. Dolor a la palpación de articulaciones sacroiliacas. Se realiza Rx de columna lumbar con anomalía de transición L5-S1. Se diagnostica de espondiloartrosis y se deriva a RHB donde realizan RM de sacroiliacas donde se observa edema de 15 mm en la articulación sacroiliaca izquierda. Se diagnostica de fx de estrés y se realiza gammagrafía ósea selectiva que resulta negativa para la presencia de fractura pélvica y se deriva a la Unidad de fisioterapia y a la Unidad del Dolor que realiza infiltración ecoguiada y estimulación motora que resulta positiva, por lo que se diagnostica de síndrome miofascial glúteo izquierdo y se realizan infiltración.

Orientación diagnóstica: Tras el estudio, el paciente acude a consulta de AP donde refiere dolor en región glútea de 4 años de evolución que aparece tras caminar 200 metros, empeora al subir cuestas y le obliga a detenerse. El dolor desaparece pasados 2 minutos tras el cese de actividad y reaparece de nuevo al deambular 500 metros. Describe el dolor como punzante y opresivo. No irradiación. Destaca dificultad para la palpación de pulsos pedios y tibiales posteriores derechos. Poplíteos débiles. Femorales normales. ITB derecho 0,53 e ITB izquierdo 0,51. Con diagnóstico de claudicación intermitente se recomienda abandono del hábito tabáquico, AAS y simvastatina 40 mg y se deriva a consultas de cirugía vascular.

Diagnóstico diferencial: Espondiloartrosis. Síndrome miofascial.

Comentario final: Ante paciente con factores de riesgo y clínica compatible realización de ITB en atención primaria para descartar patología vascular.

Bibliografía

1. Harris L, Dryjski M. Epidemiology, risks factors, and natural history of peripheral artery disease. UpToDate, 2017.
2. Neschis DG, Golden MA. Clinical features and diagnosis of lower extremity peripheral artery disease. UpToDate, 2017.

Palabras clave: Claudicación intermitente. Ateroesclerosis.