



160/610 - ¡Duele al andar, y no es osteomuscular! A propósito de un caso

A.B. Gómez Santos^a, J.L. Almenara Abellán^b, F. Silva Gil^a y E. Navarrete Martínez^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Posadas D. Rafael Flórez Crespo. Córdoba. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Posadas. Córdoba. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D. Rafael Flórez Crespo. Posadas. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 62 años, con antecedentes personales de tuberculosis pulmonar, insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía IgA, esteatosis hepática alcohólica, ETEV idiopática con TVP de femoro-poplítea derecha y TEP masivo bilateral en 2010, prostatectomía radical por adenocarcinoma de próstata, y psoriasis. Exfumador desde 2010 con un consumo acumulado de 120 paq/año sin criterios clínicos de EPOC, exbebedor. Tratamiento: losartan 100 mg, nifedipino 10 mg, omeprazol 20 mg, simvastatina 20 mg, alopurinol 300 mg, alprostadil 1 mg, tacrolimus 1 mg y calcipotriol 50 µg/betametasona 500 µg tópicos. Acude a consulta por dolor en la pierna derecha, desde esa misma mañana, sin asociar traumatismo ni sobreesfuerzo, que aparece con la deambulación y cede al reposo. No asocia calambres ni pérdida de fuerza, dolor torácico, ni disnea.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/87, Fc 79 lpm, Sat O₂ 97%, eupneico en reposo. Deambulación normal, sin cojera ni ataxia, ACR: rítmico, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. EEII: simetría en la inspección, sin hematomas, ni úlceras ni cordones venosos frialdad y ausencia de pulsos pedio y tibial posterior en miembro derecho. Empastamiento gemelar derecho. Ante la sospecha de isquemia arterial aguda se deriva al paciente para valoración urgente, con la extremidad en declive, evitando compresión por calcetín, y administramos enoxaparina 40 mg s.c. Es valorado por Cirugía Cardiovascular, iniciando tratamiento con enoxaparina 60 mg s.c./12 horas, pentoxifilina 600/12 horas, y analgesia para el dolor. De manera preferente se realiza angio-TAC con resultado de isquemia femoro-poplítea, añadiendo a lo anterior cilostazol 100/12 horas. Pendiente de evolución y posibilidad de by-pass.

Juicio clínico: Isquemia arterial aguda en miembro inferior derecho. Estadio IIA de Fontaine.

Diagnóstico diferencial: Compresión medular (cola de caballo). Compresión de raíz nerviosa (hernia discal). Artrosis de cadera y rodilla. Quiste de Baker sintomático. Neuropatía diabética. Claudicación venosa.

Comentario final: En la mayoría de las ocasiones, la causa de dolor en extremidades inferiores es debida a traumatismo, o sobreesfuerzo; una buena anamnesis, y sobre todo una exploración completa de la extremidad, independientemente de los antecedentes patológicos del paciente, nos hará distinguir otras causas más graves, que requieran actitud urgente. La detección de isquemia arterial

aguda (enfermedad arterial periférica) es uno de estos casos; Se clasifica, según Leriche-Fontaine, dependiendo de los síntomas que produzcan en el paciente (claudicación intermitente/dolor en reposo/alteraciones tróficas). Una anamnesis bien dirigida, una exploración completa, y la posibilidad de derivación hospitalaria urgente para la realización de pruebas complementarias, puede evitar la evolución desagradable de una patología grave, como hemos evitado que ocurriera en este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison, Principios de Medicina Interna, 18ª edición, Mc Graw-Hill;
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y emergencias, Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.