



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1257 - ¡CUIDADO! ENTESOPATÍA GLÚTEA, SÓLO AL CAMINAR

S. Quintana Cabieces^a, D. Fernández Torre^b, E. García Quevedo^c, N. López Arroyo^d, J. González Gómez^e, A. López Delgado^a, E. Gil Camarero^f, V. González Novoa^a y R. Jaso Tejera^g

^aMédico de Familia; ^bPsiquiatra. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^bMédico Residente. Centro de Salud Centro. Santander. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Manacor. Manacor. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Las Arenas. Getxo. ^fPediatra. Centro de Salud Meruelo. Meruelo. ^gMédico Internista. Hospital de Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 69 años que acude a la consulta de Atención Primaria por dolor en área de trocánter mayor izquierdo que presenta desde hace 9 meses y se presenta al caminar, cediendo con el reposo. Ha consultado con un médico privado diagnosticándole tras solicitar una ecografía de una entesopatía glútea izquierda. A pesar del tratamiento de la misma con antiinflamatorios y fisioterapia no ha notado nada de mejoría. Entre sus antecedentes personales destaca: HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica, by-pass femoropoplíteo izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destaca: exploración de columna normal: Estiramiento radicular en sedestación y decúbito supino negativo, movilidad conservada, balance muscular 5/5 en EESS y EEII. Cadera izquierda: Recorrido articular completo, flexión > 90° (no doloroso), extensión completa, rotación interna 45°, rotación externa 45°, simétrica a la contralateral. Maniobras del piramidal negativas. No presenta dolor a la palpación selectiva sobre trocánter en la actualidad. Vascular: pulsos tibiales posteriores y pedios débiles (aunque presentes), cambios tróficos en la piel y alteración de la coloración. Se solicitaron pruebas radiológicas básicas: 1. De cadera: descartando artrosis de cadera o pinzamiento femoroacetabular. 2. De columna: espondiloartrosis y discopatía cervical múltiple. Sin datos concluyentes que correlacionasen con el tipo de dolor. Posteriormente se decidió derivación a Cirugía cardiovascular por sospecha de patología vascular profunda, ya que el dolor aparecía únicamente con la deambulación. Solicitaron arteriografía de miembros inferiores mostrando: By-pass femoropoplíteo izquierdo permeable, y ateromatosis aortoiliaca con estenosis significativa de las arterias hipogástricas.

Juicio clínico: Estenosis significativa de arterias hipogástricas. Arteriopatía de arterias hipogástricas.

Diagnóstico diferencial: Trocanteritis, entesopatía glútea, hernia discal, meralgia parestésica, artrosis de columna, síndrome piramidal.

Comentario final: Es fundamental hacer una correcta anamnesis y exploración física para acercarnos al diagnóstico más certero; en ocasiones no prestando demasiada atención a pruebas de imagen complementarias si no encontramos congruencia con la clínica que presenta nuestro

paciente. En este caso, el paciente aún está pendiente de un tratamiento definitivo.

Bibliografía

1. Paul GJ. The Leriche Syndrome. New York State J Med. 1958;58:2037.
2. Fuster V. La aterotrombosis. Bases moleculares en la prevención, diagnóstico y tratamiento. Santander: Laboratorios Dr. Esteve, 2004.

Palabras clave: *Glúteo. Vascular. Pulso. Clínica. Congruencia.*