



# Paciente con dolor en miembro inferior derecho al caminar en cuestas

A. Martín Conejero\*, R. Rial Horcajo, T. Reina Gutiérrez y F.J. Serrano Hernando.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

## Caso clínico

**M**Paciente varón de 50 años, remitido desde la consulta de Atención Primaria por presentar dolor en la pierna derecha al caminar, sin antecedente traumático.

Como antecedentes personales, el paciente era fumador de 50 cigarrillos/día desde hacía más de 30 años, hipertenso y dislipidémico. Hacía 5 años había presentado un infarto agudo de miocardio que precisó de la implantación de un *stent* en la arteria descendente anterior.

El tratamiento actual es el siguiente: clopidogrel 75 mg/día, atorvastatina 20 mg/día y enalapril 20 mg/día.

El paciente refiere dolor en la pierna derecha cuando fuerza la marcha, sobre todo al caminar en cuestas o al caminar deprisa. El dolor comenzó a advertirlo 6 meses antes de la consulta y era cada vez más frecuente en las situaciones anteriormente mencionadas, y limitante para la calidad de vida del paciente. El dolor lo refiere casi siempre en la región gemelar de la pierna derecha, si bien ocasionalmente, sobre todo si fuerza mucho la marcha, se extiende más proximalmente a la cara anterior del muslo y a la zona del glúteo. Cede cuando el paciente se detiene, permaneciendo en bipedestación estática. No es preciso que se siente para que ceda el dolor.

En la exploración se observa buen color y temperatura en ambos miembros inferiores. No edemas. No empastamiento gemelar. No dolor con la movilización de la cadera, rodilla o tobillo. Pulsos normales femoral, poplíteo, pedio y tibial posterior de forma bilateral.

Como pruebas complementarias, el paciente aporta una analítica dentro de la normalidad, salvo un colesterol total de 220 mg/dl con un colesterol LDL de 135 mg/dl.

A partir de la exposición clínica, ¿cuál sería el diagnóstico sindrómico inicial?

¿Qué pruebas complementarias estarían indicadas?

¿Cuál sería la sospecha diagnóstica actual y el diagnóstico diferencial?

¿Cuál fue el procedimiento diagnóstico de certeza?

¿Cuál sería el planteamiento terapéutico?

El caso completo se publica íntegramente en la página Web de Medicine [www.medicineonline.es/casosclnicos](http://www.medicineonline.es/casosclnicos)

\*Correspondencia

Correo electrónico: [amartinconejero@gmail.com](mailto:amartinconejero@gmail.com)

## ¿Cuál es el diagnóstico diferencial que usted se plantea?

La sintomatología de dolor durante la deambulación en miembros inferiores debe sugerir, en primer lugar, un cuadro clínico de origen osteomuscular o neurológico, debido a lo frecuente de esta patología en la población general.

En este sentido, la clínica de estos pacientes suele referirse a dolores articulares en relación con el ejercicio, pero con frecuencia también durante la bipedestación estática y con la movilización pasiva de la extremidad. Los pacientes con patología articular crónica rara vez presentan sintomatología unilateral, como presentaba nuestro paciente. Por otra parte, en el caso clínico que se presenta claramente se refiere solo dolor con la marcha forzada. Con mucha frecuencia la sintomatología del paciente se refiere como un problema de artrosis de cadera, si bien típicamente el dolor en estos casos suele ser inguinal y desde los primeros pasos.

Otras patologías a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial son la estenosis de canal lumbar o las hernias discales lumbares. En este caso, el dolor no suele presentarse de forma sistemática en la misma localización, y en muchas ocasiones no se localiza en grupos musculares implicados en la marcha (glúteos, cuádriceps —cara anterior de muslo— y gemelos), si no que presenta una irradiación «en cinta» habitualmente desde el glúteo, cara posterior de muslo y pantorrilla.

En este tipo de «claudicación» el perímetro de marcha es muy variable incluso a lo largo del día y no de forma constante con la distancia recorrida. Por otro lado, el dolor no cede simplemente al detener la marcha, sino que el paciente precisa sentarse, acostarse o adoptar posturas especiales, y la sintomatología desaparece habitualmente tras un período de reposo prolongado.

La clínica que refiere nuestro paciente típicamente es una clínica de claudicación intermitente por patología arterial oclusiva, caracterizada por:

1. Dolor durante la deambulación.
2. Distancia de claudicación más o menos estable para una misma pendiente y ritmo de marcha.
3. Dolor en los grupos musculares implicados en la marcha: glúteos, cuádriceps y gemelos.
4. El dolor cesa con detenerse, no debiendo sentarse o apoyarse para que el dolor desaparezca.

El grupo muscular afectado durante la marcha tiene utilidad para conocer la localización de la lesión arterial oclusiva, debido a que duelen los grupos musculares distales a la localización del segmento arterial afectado. Aunque la mayoría de los pacientes referirá claudicación gemelar, la presen-

cia de claudicación en las masas musculares glúteas o del muslo puede indicar la presencia de una enfermedad en el eje ilíaco. La claudicación por enfermedad femoropoplítea se localiza de manera característica en las masas gemelares, y las oclusiones infrapoplíteas pueden manifestarse únicamente como claudicación en la planta del pie (tabla 1).

## ¿Qué pruebas complementarias indicaría para llegar al diagnóstico?

A todos los pacientes con sospecha de presentar una enfermedad arterial oclusiva debe realizárseles un índice tobillo-brazo (ITB). Lo normal es que sea mayor a 0,9, siendo más patológico cuanto más bajo es dicho índice.

En el laboratorio vascular se completa el estudio mediante el registro de presiones segmentarias en la extremidad que permite determinar la realización de índices a diferentes niveles, lo que permite localizar la lesión y ofrece información sobre la intensidad de la afectación hemodinámica en cada nivel.

Nuestro paciente presentó en el estudio basal un ITB normal.

Las presiones registradas de forma basal normales no descartan la patología oclusiva arterial, dada la fuerte sospecha clínica por antecedentes cardiovasculares de nuestro paciente y la clínica vascular tan típica. Se procede, por tanto, a la realización de una claudicometría que es la que se muestra (fig. 1).

La claudicometría resulta positiva, como puede verse en la caída de índices durante el ejercicio, levemente en el lado izquierdo pero muy positiva en el derecho. Recordemos que una claudicometría será tanto más positiva (patológica) cuanto más caiga el índice durante el ejercicio y cuanto más tiempo tarde en recuperarse cuando cesa el ejercicio, confirmando la existencia de una lesión arterial oclusiva hemodinámicamente significativa.

Una vez confirmada la existencia de enfermedad oclusiva, es necesaria la realización de una prueba de imagen para planificar el tratamiento. Si bien el *gold standard* sigue siendo la arteriografía, la angio-tomografía computarizada (angio-TC) se realiza cada vez con más frecuencia al tratarse de una prueba menos invasiva.

Presentamos la imagen de angio-TC de este paciente, en la que se observa la presencia de una estenosis en el eje ilíaco derecho (fig. 2).

## ¿Cuál le parece el tratamiento más adecuado en este caso?

Estamos ante un paciente con una claudicación intermitente y limitante para su actividad habitual, es decir, un grado IIb de la escala de Fontaine. Está indicada, por tanto, la revascularización, al tratarse de una lesión oclusiva en el sector aorto-ilíaco, dado el buen pronóstico del tratamiento en esta localización.

Las opciones de tratamiento son la endovascular mediante la implantación de un *stent* o la cirugía abierta mediante la realización de un *bypass*.

TABLA 1  
Clínica en función de la localización de la lesión arterial

Zona de la lesión	Cuadro clínico
Aortoiliaca	Claudicación glúteo-muslo-gemelar. En el varón, si es bilateral, puede asociar impotencia (síndrome de Leriche)
Femoropoplítea	Claudicación gemelar ± plantar
Infrapoplítea	Claudicación plantar

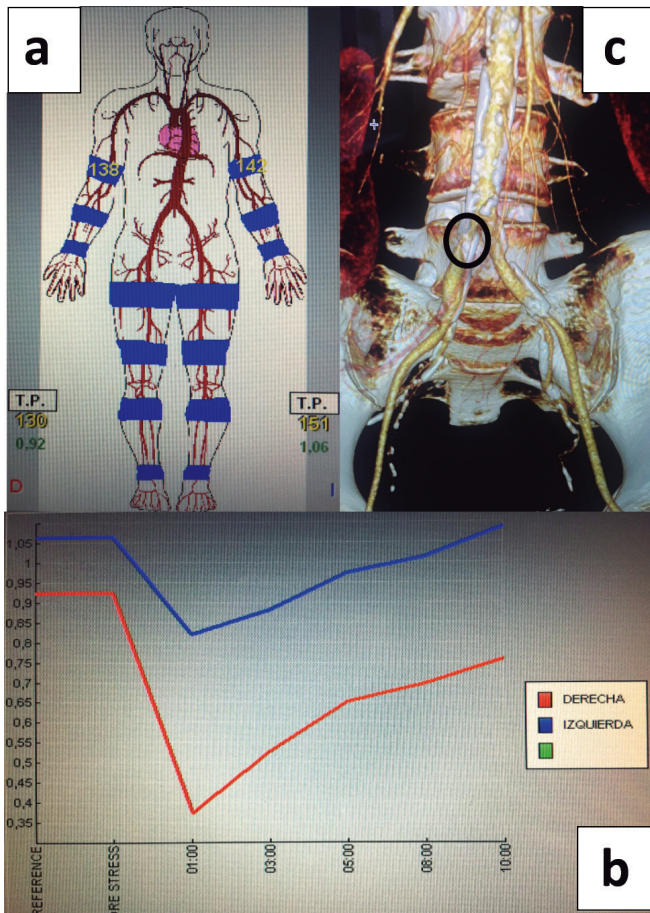


Fig. 1. Pruebas complementarias. Estudio hemodinámico basal (a), claudicometría (b) y angio-TAC (c).

A modo de resumen puede decirse que en el sector aortoilíaco las lesiones localizadas suelen tratarse mediante técnicas endovasculares, mientras que la cirugía abierta (*bypass* aortobifemoral, por ejemplo) se realiza sobre todo en la patología más difusa y extensa, frecuentemente bilateral con extensión a las femorales.

Se implantó en este caso un *stent* balón expandible en la ilíaca primitiva derecha con el resultado que se comprueba en la arteriografía de control. No se comprobaron lesiones en el eje ilíaco izquierdo susceptibles de tratamiento.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

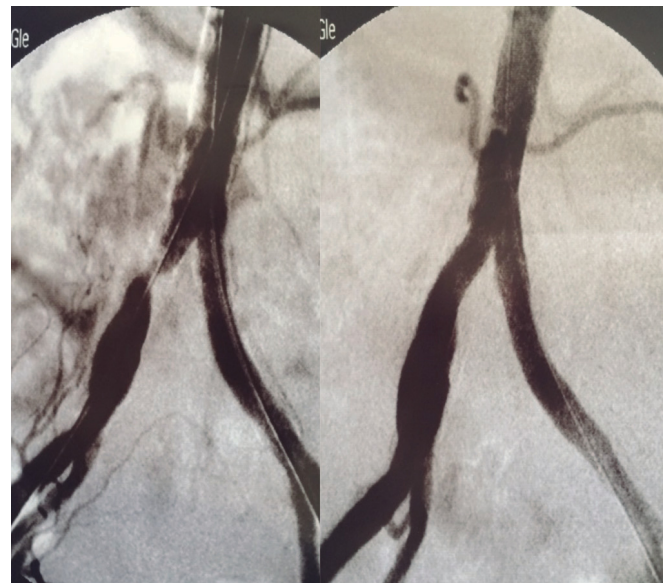


Fig. 2. Arteriografía intraoperatoria (a), resultado angiográfico post-*stent* (b).

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía recomendada

● Importante ●● Muy importante

- ✓ Metaanálisis
- ✓ Ensayo clínico controlado
- ✓ Epidemiología
- ✓ Artículo de revisión
- ✓ Guía de práctica clínica

- ✓ Bradbury AW, Adam DJ, Bell J, Forbes JF, Fowkes FG, Gillespie I, et al. Bypass versus Angioplasty in Severe Ischaemia of the Leg (BASIL) trial: an intention-to-treat analysis of amputation-free and overall survival in patients randomized to a bypass surgery-first or a balloon angioplasty-first revascularization strategy. *J Vasc Surg.* 2010;51:5S-17S.
- ✓ Crawford F, Welch K, Andras A, Chappell FM. Ankle brachial index for the diagnosis of lower limb peripheral arterial disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:CD010680.
- ✓ Humphries MD, Armstrong E, Laird J, Paz J, Pevec W. Outcomes of covered versus bare-metal balloon-expandable stents for aortoiliac occlusive disease. *J Vasc Surg.* 2014;60:337-43.
- ✓ ●● Indes JE, Pfaff MJ, Farrokhyar F, Brown H, Hashim P, Cheung K, et al. Clinical outcomes of 5358 patients undergoing direct open bypass or endovascular treatment for aortoiliac occlusive disease: a systematic review and meta-analysis. *J Endovasc Ther.* 2013;20:443-55.
- ✓ ●● Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG; TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *J Vasc Surg.* 2007;45Suppl S:S5-67.
- ✓ ●● Serrano Hernando FJ, Martín Conejero A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:969-82.