

Claudicación intermitente mixta (vascular y neurogénica): reporte de caso

Jorge Rodrigo Vásquez-Ríos,* Tania Inés Nava-Bringas**

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 77 años de edad, con antecedente de cuadro de claudicación intermitente de origen vascular, sometido a colocación de puente arterial a nivel de hueso poplíteo, con mejoría parcial en tolerancia a la marcha, pero persistencia de dolor de características neuropáticas, asociado a parestesias en distribución dermatomal. Se realizó protocolo de estudio confirmando datos de conducto lumbar estrecho y compromiso radicular moderado a severo para L5 S1 bilateral, concordantes con cuadro clínico mixto de claudicación neurogénica y vascular.

Palabras clave: Claudicación, vascular, neurogénica.

ABSTRACT

A 77-year-old male with vascular intermittent claudication who underwent arterial bypass with partial improvement in walk tolerance, but persisted with neuropathic leg pain associated with paresthesia in dermatomal distribution. Study protocol was conducted confirming lumbar spinal stenosis and radicular commitment for L5 S1 in a mixed clinical presentation of vascular and neurogenic claudication.

Key words: Claudication, vascular, neurogenic.

INTRODUCCIÓN

La claudicación intermitente de tipo neurogénica es manifestada como un cuadro de incomodidad y/o dolor en las extremidades pélvicas durante la marcha, que obligan al paciente a detenerse y adoptar posturas de alivio (como flexionar el tronco o sentarse), con lo que se limita la sintomatología, permitiendo la continuación de la actividad. Este cuadro ha sido asociado a una disminución en el espacio disponible para los elementos neurovasculares dentro del conducto raquídeo, y se presenta en el conducto lumbar estrecho, motivo frecuente de atención a consulta de rehabilitación¹⁻⁴.

El principal diagnóstico diferencial al realizar la valoración clínica en el paciente, en quien se sospecha de dicha afección, es la claudicación de origen vascular, que además de la interrupción de la marcha, se caracteriza por dolor tipo calambre, igualmente agravado con la marcha, pero a diferencia de la

claudicación neurogénica, el paciente no suele describir una posición específica de alivio, puesto que basta con suspender la actividad, aunado a la alteración en los pulsos periféricos, cambios tróficos de la piel, frialdad de la extremidad afectada y sin asociarse alteraciones sensitivas o motoras⁵⁻⁷.

La prueba de la bicicleta se ha descrito clásicamente para diferenciar clínicamente una afección vascular de una neurogénica^{1,6,8}. Sin embargo, existen otros estudios de gabinete para confirmar o descartar la causa, por ejemplo: los estudios de resonancia magnética, rayos-X y electromiografía, pueden apoyar una afección neurológica^{4,9}, y el ultrasonido Doppler, la arteriografía y la angiografía, pueden confirmar una patología vascular^{6,10,11}.

Sin embargo, en algunos casos es posible que un mismo paciente tenga una afección concomitante del sistema vascular y de origen neurogénico, contribuyendo en diferentes proporciones al dolor e interrupción de la marcha de un mismo individuo^{7,12}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 77 años de edad, con antecedentes de importancia: tabaquismo positivo desde los 15 años, a razón de 15 cigarrillos al día durante 10 años, actualmente suspendido; hipertensión arterial sistémica de 11 años de evolución en control con losartán y dislipidemia en control con ezetimiba y simvastatina; cardiopatía isquémica desde el 2000, some-

* Residente del primer año de Medicina de Rehabilitación.

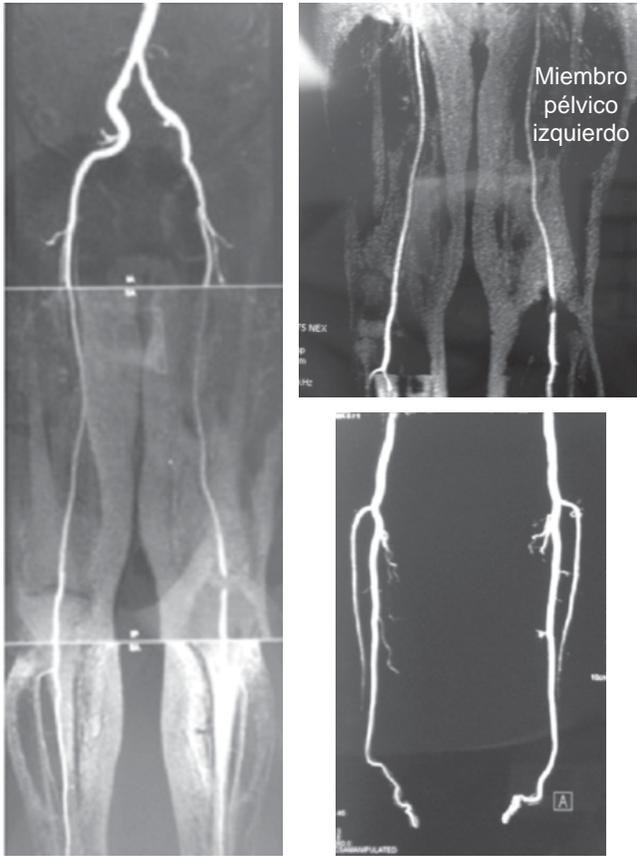
** Médico adscrito al Servicio de Rehabilitación de Columna.

Instituto Nacional de Rehabilitación.

Recibido para publicación: enero, 2012.

Aceptado para publicación: febrero, 2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinafisica>



Figuras 1 y 2. Arteriografía que muestra sitio de oclusión arterial a nivel de hueso poplíteo izquierdo (imágenes previas a cirugía vascular).

Figura 3. (Abajo a la derecha) Angiorresonancia que muestra arterias femorales y poplíteas de adecuado calibre y flujo, sin zonas de estenosis, en último control realizado posterior al puente vascular.

tido a cateterismo por angina de pecho en el mismo año, en seguimiento por Cardiología con última prueba de esfuerzo en el 2011 negativa para cardiopatía isquémica; insuficiencia arterial para miembro pélvico izquierdo (2007), valorado por Angiología debido a síntomas concordantes con claudicación de tipo vascular y sometido a colocación de puente arterial a nivel de hueso poplíteo, con mejoría significativa de tolerancia a la marcha y controles posteriores con adecuada permeabilidad, actualmente con uso de acenocumarol (Figuras 1 a 3).

Acude a nuestro instituto en octubre 2011, refiriendo dolor lumbar irradiado hacia la extremidad pélvica izquierda de características neuropáticas, de larga evolución y que persiste posterior a cirugía vascular, incremento en bipedestación, marcha prolongada, esfuerzos y se atenúa al reposo en decúbito y sedestación, con tolerancia variable a la marcha, se asociaba a parestesias en distribución dermatomal (Figura 4).

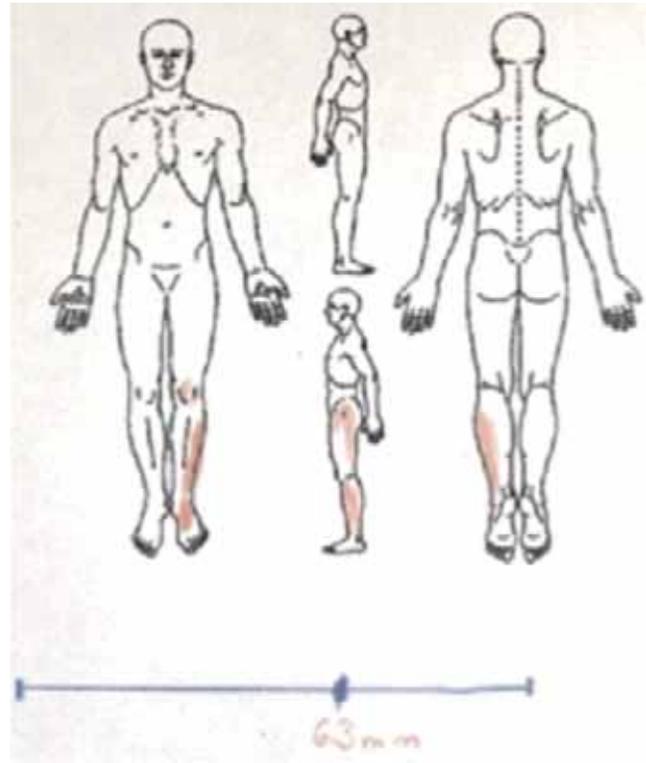


Figura 4. Mapa de dolor: se muestran en rojo las zonas en las que el paciente presenta dolor y adormecimiento, así como la escala visual análoga expresada en milímetros (mm).

Se realizó protocolo de estudio, confirmando datos de conducto lumbar estrecho mediante radiografías simples, Resonancia Magnética Nuclear (Figuras 5 a 9) y estudios de neurofisiología confirmatorios de compromiso radicular moderado a severo para L5-S1 bilateral.

Fue sometido a tratamiento con terapia física inicialmente institucional y posteriormente a programa de ejercicios para casa, cuidados de columna, con mejoría progresiva en síntomas de dolor, los cuales actualmente son leves y no se asocian a déficit motor o sensitivo. Niega claudicación intermitente. Reintegrado a sus actividades diarias, aun en valoraciones subsecuentes en este instituto. A la exploración física actual: masculino de edad aparente acorde a la cronológica, marcha independiente con fases y variantes adecuadas, columna con arcos de movilidad completos con dolor axial durante la extensión. Maniobra de extensión sostenida negativa. Extremidades pélvicas íntegras, con pulsos presentes y simétricos, movilidad articular completa. Tono y trofismo conservados. Reflejos de estiramiento muscular patelares ++/+, aquileo +/+. Sensibilidad conservada, fuerza muscular en 5 para todos los grupos musculares. Maniobras de neurotensión negativas.



Figuras 5 y 6. Rayos-X de columna lumbosacra en AP y lateral, respectivamente (2011): espondiloartrosis lumbar, osteofitos marginales, esclerosis de plataformas y disminución global de espacios intersomáticos predominando L4-L5 y L5-S1.

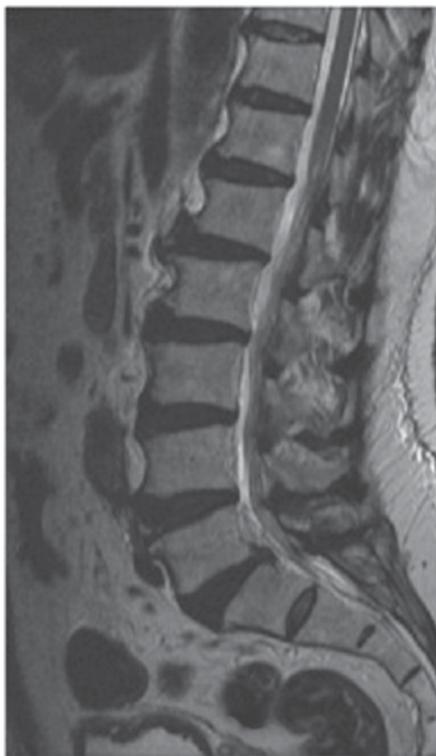


Figura 7. «Corte sagital».

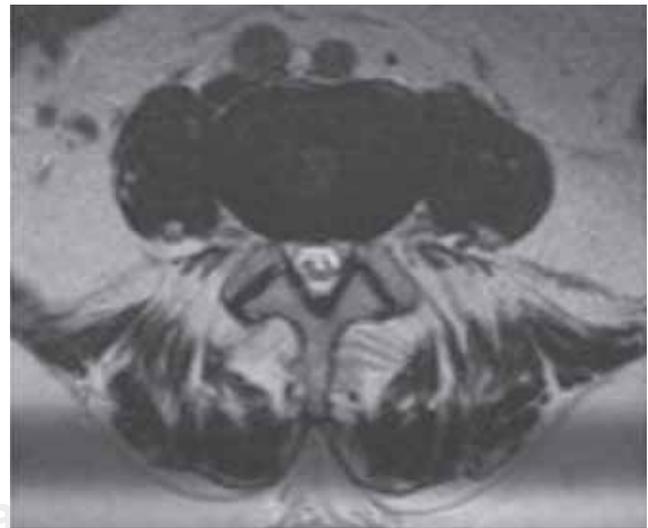


Figura 8. «Corte axial a nivel L4-L5».

CONCLUSIÓN

La claudicación intermitente produce en el paciente que la padece una severa restricción en la ejecución de sus activi-



Figura 9. «Corte axial a nivel L5-S1» de resonancia magnética nuclear lumbosacra (26/09/2011): se observa espondilolistesis a nivel L5-S1 grado I de Meyerding con raquiostenosis secundaria, artrosis facetaria. Enfermedad discal degenerativa grado 4 de acuerdo con la clasificación de Pfirrmann en todos los segmentos lumbares. Datos compatibles con conducto lumbar estrecho.

dades diarias y deterioro en la calidad de vida, siendo uno de los principales motivos de atención en consulta externa en instituciones con Servicios de Rehabilitación y Ortopedia.

En 1980, De Villiers¹³ presentó un serie de casos recolectada tras un periodo de 12 años de seguimiento, donde reporta una muestra total de 102 pacientes con claudicación neurogénica, encontrando que 7.7% de los casos presentaban de manera concomitante enfermedad vascular asociada.

Ante un cuadro de claudicación intermitente (al ser un diagnóstico sindromático), es necesario realizar una evaluación detallada de cada paciente y determinar el diagnóstico definitivo que explica dicha afección. Sin embargo, debemos

recaltar que es posible que un paciente presente cuadros de afección concomitante y que deberá recibir un manejo integral para obtener el mejor resultado posible en los tratamientos establecidos.

REFERENCIAS

1. Yukawa Y, Lenke L, Tenhula J, Bridwell K, Riew D, Blanke K. A comprehensive study of patients with surgically treated lumbar spinal stenosis with neurogenic claudication. *Journal of Bone and Joint Surgery* 2002; 84(11): 1954-1959.
2. Coronado R, Nava T. Editorial: ¿Claudicar o no claudicar? Un dilema. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* 2008; 20: 4-5.
3. Porter RW. Spinal stenosis and neurogenic claudication. *Spine* 1996; 21(17): 2046-2052.
4. Strayer A. Lumbar spine: common pathology and interventions. *Journal of Neuroscience Nursing* 2005; 37(4): 181-193.
5. Burns P, Gough S, Bradbury A. Management of peripheral arterial disease in primary care. *British Medical Journal* 2003; 326: 584-588.
6. Anonymous. Evaluation: Clinical evaluation of intermittent claudication. *International Angiology* 2000; 19(1): 59-77.
7. Thiel H, Mior S. Coexistent vascular and spinal claudication: a report of two cases. *The Journal of the CCA* 1987; 31(3): 131-136.
8. Gray J. Diagnosis of intermittent vascular claudication in a patient with diagnosis of sciatica. *Physical Therapy* 1999; 79(6): 582-590.
9. Jreige A. Diagnóstico y tratamiento del componente neuropático del dolor lumbar. *Informe Médico* 2008; 10(7): 397-400.
10. Perlowski AA, Jaff MR. Vascular disorders in athletes. *Vascular Medicine* 2010; 15(6): 469-479.
11. Donnelly R, Hinwood D, London N. Non-invasive methods of arterial and venous assessment. *British Medical Journal* 2000; 320: 698-701.
12. Dyck P, Doyle JB Jr. "Bicycle Test" of van Gelderen in diagnosis of intermittent cauda equina compression syndrome: case report. *J Neurosurg* 1977; 46: 667-670.
13. De Villiers JC. Combined neurogenic and vascular claudication. *SA Medical Journal* 1980; 57: 650-654.

Dirección para correspondencia:

Dra. Tania Inés Nava-Bringas

Instituto Nacional de Rehabilitación, Rehabilitación de Columna,

Av. México-Xochimilco 289, Col. Arenal de Guadalupe, 14389, Tlalpan, México, D.F.

Teléfono: (55) 5999-1000, ext. 13125

E-mail: tania_nava@gmail.com