

# CUANDO LA SOSPECHA CLÍNICA ES IMPORTANTE PARA LLEGAR AL DIAGNÓSTICO

María Arnaudas Casanueva, Carlos Bejarano Lasunción, Javier Romanos Pérez, Pablo Martín Juste, Mercedes Campoamor González, Carlos Martín Hernández



## INTRODUCCIÓN

El síndrome de atrapamiento arteria poplítea fue descrito por primera vez por Stuart en 1879. Se debe sospechar en pacientes jóvenes, deportistas, que presentan dolor gemelar con la práctica deportiva. El SAAP presenta seis variedades según la clasificación de Rich. La tipo VI corresponde a una compresión funcional por hipertrofia muscular sin alteraciones anatómicas.

## OBJETIVO

Incidir en el conocimiento de esta patología poco frecuente, habitualmente infradiagnosticada y valorar el resultado clínico de su tratamiento quirúrgico.

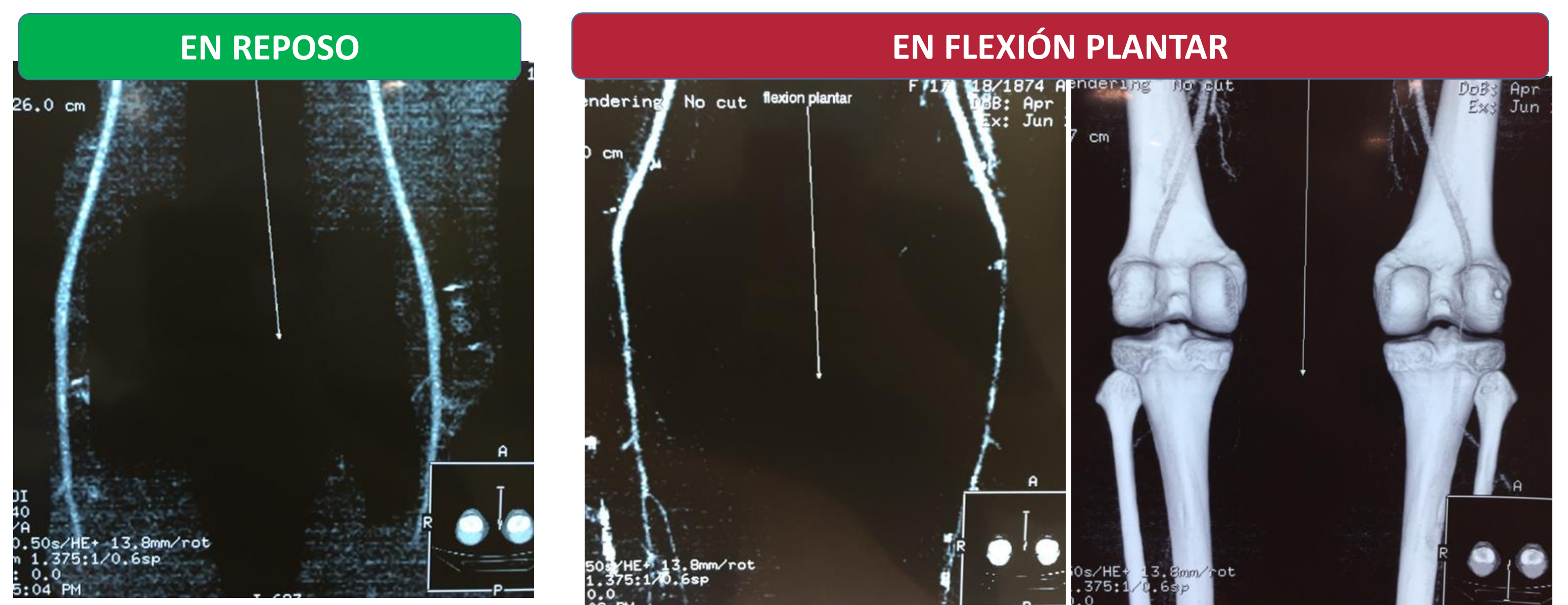
## MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos el caso de una paciente de 16 años, deportista habitual (cross-fit, corredora...) con dolor en ambos gemelos de dos años de evolución. Refería el dolor únicamente con el ejercicio, describiéndolo primero como parestesias, después de tipo opresivo y finalmente comentaba clínica de claudicación. Tras reiteradas visitas a servicios de urgencias y a distintos especialistas de traumatología, aportaba múltiples pruebas (radiografías, RNM, ECO muscular, ENG/EMG...), todas ellas normales.

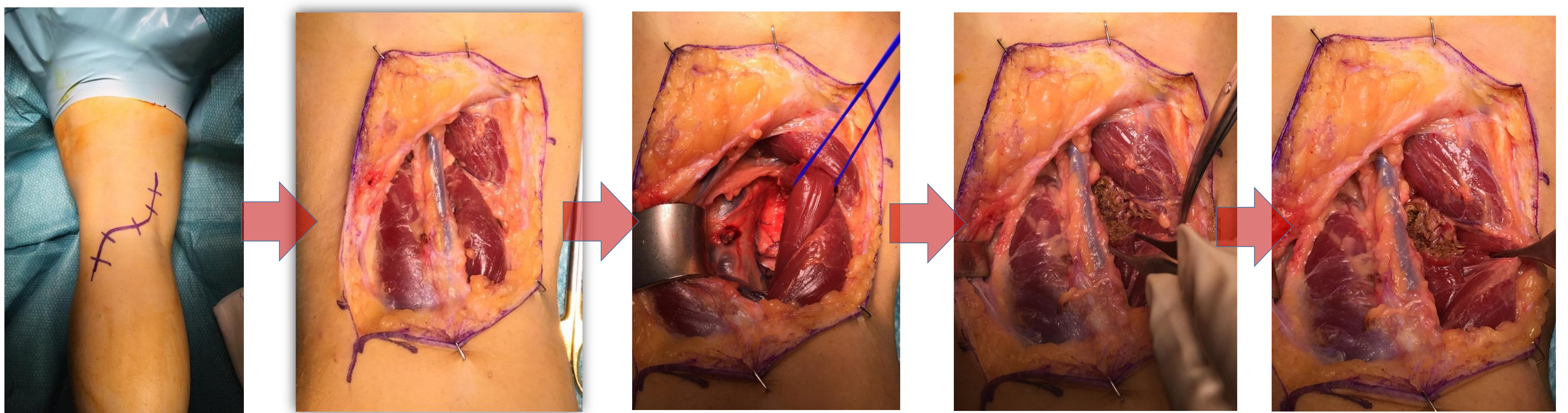
En la exploración clínica, se apreciaba baja talla (150cm), hipertrofia gemelar e hiperlordosis lumbar (sin lumbalgia), sin déficits ni alteraciones tróficas distales.

Se planteó entonces el diagnóstico diferencial entre un Síndrome Compartimental Crónico del Ejercicio (SCCE) y un Síndrome de Atrapamiento de la Arteria Poplítea (SAAP).

Se solicitaron **pruebas de imagen dinámicas** (ECO y TAC), que demostraban normalidad en reposo y descenso importante de flujo en la arteria poplítea bilateral al realizar flexión plantar.



Con ello se confirmó el diagnóstico de un SAAP tipo VI de Rich y se intervinieron quirúrgicamente ambas piernas, resecando un fascículo lateral del gemelo medial en su inserción proximal mediante un abordaje posterior.



## RESULTADOS

A los 4 meses de la última intervención, la paciente ya ha retomado la práctica deportiva, con clara mejoría clínica.

## CONCLUSIÓN

El SAAP es una entidad de difícil diagnóstico y poco frecuente, pero altamente incapacitante. Se debe sospechar clínicamente para llegar a su diagnóstico mediante pruebas específicas y así realizar el tratamiento oportuno (resección del fascículo que comprime la arteria asociando o no bypass) con buenos resultados funcionales.

