Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1168

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1624 - ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA: IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

N. Fernández Sobredo[a], R. [b]Rodríguez Blanco, S. Vidal Tanaka[a], A. Ruíz Álvarez[c], M. de la Roz Sánchez[d], E. Díaz González[e], I. García Fernández[f] y C. Martínez Llana[g]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. Asturias. [b]Médico de Familia de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sabugo. Avilés. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carriona. Avilés. Asturias. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carriona. Avilés. Asturias. [f]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Asturias. [g]Médico de Urgencias. Hospital San Agustín. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años sin alergias medicamentosas conocidas. Con antecedente de miocardiopatía congénita hipertrófica (MCH) a tratamiento con bisoprolol. Acude a su Centro de Salud por pérdida de agudeza visual en campo temporal de ojo derecho autolimitada seguida de dolor intenso, frialdad, palidez e imposibilidad de movilizar miembro superior izquierdo (MSI) de unos 40 minutos de duración acompañado de palpitaciones y cortejo vegetativo. Se realiza exploración física exhaustiva y pruebas complementarias en Centro de Salud donde se sospecha en primer lugar isquemia arterial aguda y fibrilación auricular no conocida por lo que se deriva a Hospital más cercano. Tras realización de estudios complementarios se confirma diagnóstico y se deriva sin demora a centro de referencia donde se realiza embolectomía urgente con éxito. Tras ello se deriva a consulta de Cardiología, Oftalmología y Hematología para estudios complementarios. Actualmente el paciente tiene instaurado desfibrilador automático implantable (DAI) y recibe anticoagulación oral.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: discreta pérdida de fuerza en MSI con dolor intenso. Resto normal, incluida campimetría por confrontación. Exploración oftalmológica: degeneración periférica en retina de ojo derecho. Ruidos cardiacos arrítmicos sin soplos en torno a 80 latidos por minuto. Auscultación pulmonar y exploración abdominal normal. MSI con marcada palidez mucocutánea, frialdad y dolor intenso a la palpación en tercio proximal. Dolor con movimientos de rotación y flexo-extensión de la muñeca. Dificultad para la palpación de pulso braquial/radial. MSD y extremidades inferiores normales, con pulsos presentes. Analítica básica, radiografía de tórax y TC craneal urgente normal. ECG: fibrilación auricular con buen control de frecuencia ventricular con signos de hipertrofia ventricular izquierda. Ecocardiografía: MCH septal con fracción de eyección limítrofe, hipertensión pulmonar, insuficiencia mitral leve y dilatación de aurícula izquierda. Holter y test de esfuerzo: episodios de taquicardia ventricular no sostenida.

Juicio clínico: Fibrilación Auricular (FA) no conocida en paciente con MCH familiar en grado funcional II-III NYHA. Accidente isquémico transitorio (episodio autolimitado de hemianopsia en ojo derecho). Isquemia arterial aguda de MSI grado IIb.

Diagnóstico diferencial: Lo fundamental ante una isquemia arterial, es valorar la velocidad de instauración, y establecer si el origen de la isquemia es embólico o trombótico, ya que tanto el manejo terapéutico como el pronóstico son muy diferentes. En este caso, dado su cardiopatía, la aparición de una FA, el episodio de Amaurosis fugax y la ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular, la etiología más plausible es la cardioembólica.

Comentario final: La aplicabilidad de este caso clínica se fundamenta en que ante la sospecha clínica de esta patología se debe iniciar analgesia y trasladar al paciente con la mayor brevedad posible al hospital de referencia para la confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento, ya que la demora en el mismo puede traer consecuencias fatales para el paciente incluida la amputación del miembro afectado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palomar Alguacil V, Muñoz Carvajal I, Valencio Núñez D, et al. Isquemia arterial aguda periférica. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 5ª edición.Elsevier; 2015. p. 221-3.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.