



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

423/92 - LA PIERNA INQUIETA

P. González García¹, I. Ostolaza Tazón²

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. HUMV. Cantabria. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 87 años, independiente y con las funciones intelectuales conservadas, con antecedentes de fibrilación auricular anticoagulada con edoxabán 30 mg al día e hipotiroidismo tratado con levotiroxina. Los últimos meses su hijo duerme con ella tras haber sufrido alguna caída nocturna. Es el hijo quien avisa de madrugada al servicio de urgencias de atención primaria para que acudamos a valorar a la paciente porque se encuentra agitada y con desasosiego. Refieren que lleva como una semana inquieta y con la necesidad constante de estar moviendo la pierna izquierda por sensación de pesadez.

Exploración y pruebas complementarias: Se encuentra con regular estado general e inquietud. Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Palidez cutánea y de mucosas. Taquipneica sin trabajo respiratorio. Afebril. TA 116/76 mmHg. FC 120 lpm. Saturación de oxígeno 96% basal. No presenta ingurgitación yugular. La auscultación cardiaca es arrítmica y en la pulmonar ventila correctamente ambos hemitórax. Abdomen blando y depresible, no doloroso. Ruidos hidroaéreos presentes. Las extremidades inferiores no muestran edemas ni signos inflamatorios o de TVP. En extremidad inferior izquierda destacan frialdad, rigidez y livideces hasta rodilla, sin pulso tibial ni pedio. Pulsos poplítico y femoral conservados.

Juicio clínico: Isquemia arterial aguda de probable origen embólico.

Diagnóstico diferencial: Isquemia arterial aguda embólica vs. Isquemia arterial aguda trombótica vs. Trombosis venosa profunda.

Comentario final: La isquemia arterial aguda es un síndrome causado por la interrupción brusca del aporte sanguíneo a un determinado territorio del organismo a consecuencia de la obstrucción súbita de la arteria que lo irriga. Puede ser embólica o trombótica. Los síntomas más precoces son dolor, palidez, parestesias y ausencia de pulso. Cuando progresa se observan cianosis, flictenas, anestesia, parálisis, rigidez muscular y gangrena. En el caso de esta paciente presentaba clínica que hacía sospechar un proceso evolucionado. Derivamos de forma urgente al servicio de urgencias hospitalarias donde fue valorada por cirugía cardiovascular quien ante lo avanzado de la enfermedad y la situación de la paciente desestimó tomar medidas agresivas, falleciendo a las 48 horas. La paciente no había consultado previamente por este episodio, en un principio doloroso desde hace casi una semana. No obstante, el dolor de extremidad es una consulta muy frecuente en atención primaria. Este caso trata de resaltar la importancia de una exploración física exhaustiva ya que puede ser determinante a la hora de diagnosticar patologías graves potencialmente reversibles.

Bibliografía

Serrano Hernando, JC, Martín Conejero A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Rev Esp Cardiol. 2007;60:969-82.

Antman E, Guindo Soldevila J. Terapéutica cardiovascular. Barcelona: J & C Ediciones Médicas, 2009.