

327/3 - NO TODO VIENE DE LA ESPALDA... SOSPECHA DE PATOLOGÍA VASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA.

F. Martínez Rodríguez¹; C. Campa García²; I. García Suárez³; M. Manzano Llaneza⁴; C. Arias Meneses⁵; M. Cobo Ruiz⁶.

¹Médico de Familia. Centro de Salud de La Caridad. Asturias.; ²Médico de Familia. Centro de Salud de Sama de Langreo. Asturias.;

³Médico de Familia. Centro de Salud de La Felguera. Asturias.; ⁴Médico de Familia. Centro de Salud de Campo de Caso. Asturias.;

⁵Médico de Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Asturias.; ⁶Enfermera. Centro de Salud de Sama de Langreo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años con intolerancia a estatinas por mialgias, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de cardiopatía isquémica (IAM no Q) hace 14 años con implantación de stent coronario, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 (estas dos últimas con muy buen control analítico en cifras objetivo) y obesidad. Tratamientos: combinación farmacológica de metformina con IDPP4, ezetimiba y amlodipino. Consulta por molestias en la marcha con clínica de parestesias al inicio de la marcha con mejoría al continuar la deambulación. En la exploración en consulta no se objetivaban alteraciones de columna dorsolumbar, con reflejos osteotendinosos normales con pruebas de Lassegue y Bragard negativas y exploración neurológica normales. Se realiza índice tobillo-brazo (ITB) siendo los resultados de 1 en lado derecho y 0.7 en lado izquierdo, palpándose pulsos distales en ambos pies. Se derivó a consulta de Cirugía Vascular (previa realización de analítica y electrocardiograma sin hallazgos patológicos) donde le dieron recomendaciones higiénicas y de adelgazamiento, además de solicitar interconsulta a Traumatología para descartar estenosis del canal lumbar. Previo a consulta de Traumatología se solicita radiografía de columna lumbar que no muestra alteración en la alineación de facetas articulares ni signos degenerativos significativos. El servicio de Traumatología, ante persistencia de la clínica pese a exploración normal, solicita RNM de columna lumbar. El paciente acude a consulta de nuevo demandando antelación en realización de pruebas de imagen. Ante la sintomatología se decide reexplorar destacando palpación de pedio derecho sin poder palparse pulsos distales izquierdos (presentes en Doppler), no se consiguen palpar poplíteos ni femorales ante obesidad del paciente; presenta un abdomen muy globuloso, auscultándose soplo abdominal infraumbilical; la auscultación cardiopulmonar era normal.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física descrita previamente; analítica (bioquímica, hemograma y coagulación); ITB; electrocardiograma; radiografía columna lumbar; Angio-TC; RNM.

Juicio clínico: Ante los hallazgos descritos se contacta con el servicio de Radiología que acepta realización de Angio-TC preferente junto a RNM solicitada, hallándose una "severa ateromatosis calcificada de la aorta abdominal y ambas ilíacas con estenosis significativa de la arteria ilíaca externa izquierda". Fue intervenido mediante by-pass aorto-ilíaco encontrándose actualmente asintomático y seguimiento conjunto en consulta de Atención Primaria y Cirugía Vascular realizando pérdida de peso y manteniendo buen control de factores de riesgo cardiovascular.

Diagnóstico diferencial: Patología arterial (ateromatosis); síndrome de estenosis del canal lumbar.

Comentario final: El ITB es el método no invasivo que presenta mejor rendimiento diagnóstico, con una sensibilidad superior al 90%. Ante un resultado patológico de dicho test es recomendable realizar otras pruebas como Ecografía-Doppler, Angio-RNM o Angio-TC. En relación al tratamiento es muy importante señalar que la primera indicación terapéutica es la eliminación y/o control de los factores de riesgo junto a la realización de programas físicos supervisados que han demostrado resultados favorables.

Palabras clave: Ateromatosis; parestesias; Índice Tobillo Brazo.

Bibliografía

Guindo J, Martínez-Ruiz MD, Gusi G, Punti J, Bermúdez P Martínez-Rubio A. Métodos diagnósticos de la enfermedad arterial periférica. Importancia del índice tobillo-brazo como técnica de criba. Guindo J y col. Rev Esp Cardiol Supl. 2009;09(D):11-17 - Vol. 09 Núm.Supl.D

Serrano Hernando FJ; Martín Conejero A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. . Rev Esp Cardiol. 2007;60:969-82 - Vol. 60 Núm.09 DOI: 10.1157/13109651