



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

415/79 - TODO O NADA

A. Romero Secin¹, A. Piera Carobnelli², P. Fernández Rodríguez¹, O. Sotelo García³

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José M.^a Velasco. Asturias. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luanco. Asturias. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cangas de Narcea. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Paciente masculino de 84 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, valvulopatía aórtica, presenta lesiones interdigitales de los ambos pies, más en el derecho acompañado de dolor desde hace 15 días. Refiere que en las noches tiene que destaparse el pie por el dolor que presenta. No lo había consultado antes porque por estas fechas suele tener "sabañones".

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura 36,6 °C, Fc 60 lpm, TA 156/43 mmHg. Pies edema con fóvea. Pie derecho con lesión entre 3^{er} y 4^º dedo del pie. No se palpan pulsos medios. Se hace Eco doppler con dificultad por edemas, dudoso pulso débil por lo que se deriva a C. Vascular. Analítica: Glu 184, urea 110 mg/dl, Cr 4,02, FG 8, Na 143, K 5,3. Arteriografía MMII: se realiza vía femoral derecha y técnica de Seldinger, sin complicaciones. MID: Iliaca permeable. A nivel de femoral superficial se aprecia estenosis larga. Permeabilidad de peronea. A nivel distal permeabilidad de tibial anterior y peronea. MII: Permeabilidad iliaca y femoropoplítea aunque un sector femoropoplíteo existen estenosis. A nivel distal permeabilidad de peronea. Recanalización de tibial anterior por encima de la rodilla. Se le realizó una angioplastia Femoral superficial con buena evolución.

Juicio clínico: Isquemia crónica grado IV en MID por obstrucción demoro poplítea.

Diagnóstico diferencial: Hay que diferenciarlo de Trombosis venosa profunda, flebitis superficies, eritromelalgia, neuropatías periféricas, síndrome compartimental anterior, entre otras.

Comentario final: Muchos son los avances tecnológicos que podemos emplear en la medicina actual, pero nuestro deber en todo tiempo y lugar consiste en enfatizar en hacer una buena historia clínica y la exploración física, no dando por válido solamente lo que el paciente interpreta que le ocurre, sobre todo en aquellos pacientes múltiples patologías que le convierten en pacientes muy vulnerables y/o frágiles. En muchos casos es suficiente un interrogatorio sobre los tipos de síntomas, forma de aparición, localización, progresión para establecer una tener sospecha diagnóstica y es mediante la inspección donde podremos apoyar parte de nuestra sospecha (en este caso pérdida de vello en piernas, sequedad, pérdida de brillo, onicomicosis, ulceraciones, necrosis, cianosis), la palpación de temperatura en pies o de pulsos a lo largo de ambas extremidades nos informan sobre el lugar donde se puede encontrar la obstrucción arterial. Por tanto, sigamos enfatizando en nuestros pacientes de riesgos a cumplir y hacer cumplir protocolos de cronicidad y con ello seguramente conseguiremos disminuir una parte importante de complicaciones.

Bibliografía

España Caparrós, G. Enfermedad Vascular Periférica: Isquemia de Miembros Inferiores. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/cap_12.pdf

Castiñeira Pérez C, Costa Ribas C. Guía clínica de la arteriopatía periférica. Fisterra. Última revisión 29/9/2017. Acceso 31/03/2019. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/arteriopatia-periferica/#27987>

Palabras clave: Obstrucción femoropoplítea. Isquemia. Enfermedad vascular periférica.