



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

160/2297 - Dolor en miembro superior izquierdo

J. Rodríguez Coronado^a, J.J. Navalón Prieto^b, M. Prado Coste^b, F.J. Lucas Galán^c, M. Ruipérez Moreno^c, M. Minuesa García^c, L. Tarjuelo Gutiérrez^d, M. López Valcárcel^d, L. Moreno de la Rosa^a y J. Rodríguez Toboso^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud zona VIII. Albacete. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud zona VIII. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años que acude al servicio de urgencias por dolor en miembro superior izquierdo de una semana de evolución. Antecedentes personales: Fumadora de 7 cig/día. No usuaria de anticonceptivos orales, no hábitos tóxicos, no embarazo en el momento actual. No factores de riesgo cardiovascular. Exploración física: ACP: Rítmico, sin soplos ni roce. MVC. Miembros superiores: MSI: pulso subclavio más patente en lado izquierdo que en el derecho, ausencia de pulso desde tercio distal del brazo, mano pálida y fría, cianosis a punta de dedos, no impotencia funcional. MSD: pulsos presentes a todos los niveles. Miembros inferiores: pulsos presentes a todos los niveles.

Exploración y pruebas complementarias: Angio-TAC: Se visualiza aneurisma subclavio izquierdo de aproximadamente $2,6 \times 1,9 \times 1,2$ cm, (CC × T × AP), en la porción proximal de la arteria, por detrás de la clavícula. Costillas costales bilaterales observando en el lado izquierdo una neoarticulación entre la costilla cervical y la primera costilla que junto a la clavícula pinzan el espacio vascular, como probable causa de la formación aneurismática. No se objetiva correcto llenado de los vasos radiocubitales desde la flexura del codo aproximadamente. Arteriografía: Se confirma la presencia de dilatación aneurismática subclavia izquierda, a nivel de zona de compresión costoclavicular, con permeabilidad subclavio-axilar, observando defecto de llenado humeral proximal, con visualización de dos arterias humerales con trombo en ambas, la más medial a pesar del trombo proximal presenta paso distal con relleno radial. Ingresa en el servicio de cirugía vascular y se realiza tromboembolectomía transaxilar miembro superior izquierdo, recuperando el pulso radial y mejorando los signos de isquemia en la mano. Se solicita valoración pre-operatoria con el servicio de cirugía torácica para cirugía programada del aneurisma subclavio. A los diez días de la tromboembolectomía transaxilar presenta un nuevo episodio de isquemia aguda de MSI, realizándose tromboembolectomía de MSI, abordaje cervical con resección parcial de costilla cervical y de primera costilla y resección aneurismática con bypass subclavio con vena safena. Tras la intervención la paciente recupera el pulso radial y se encuentra hemodinámicamente estable. Rx tórax control sin alteraciones. Presenta síndrome de Horner en ojo izquierdo.

Juicio clínico: Isquemia arterial periférica.

Diagnóstico diferencial: Artritis.

Comentario final: La obstrucción arterial periférica se caracteriza por la interrupción del flujo sanguíneo a un determinado territorio del organismo, como consecuencia de la oclusión súbita o crónica de la arteria que lo irriga, con la consiguiente hipoperfusión, hipoxemia y necrosis, si no es restablecida la circulación. Los factores más importantes implicados son el tabaquismo, la diabetes, la hipertensión arterial, dislipemia, la edad y el sexo masculino, igualándose su incidencia en las mujeres después de la menopausia. La clínica se resume en la regla de 6P de Pratt. Síntomas precoces (menos de 1 hora): Dolor (pain): súbito y distal al inicio; progresó proximalmente, haciéndose constante e intenso. Palidez (pallor). Frialdad (poiquiloterapia). Impotencia funcional (paralysis y prostration). Abolición de pulsos distales (pulselessness). Parestesias (parestesias). Síntomas tardíos: anestesia. Cianosis fija, petequias y flicturas. Rigidez muscular y parálisis. Gangrena.

BIBLIOGRAFÍA

1. Callum K, Bradbury A. ABC of arterial and venous disease- Clinical review Acute limb ischaemia. BMJ. 2000;320:764-7.
2. Gutierrez Carreño AR, Mendieta M, Gutiérrez Carreño A, Morales Morales M. Insuficiencia arterial aguda de extremidades. Angiología. 2001;29:54-9.
3. Kenneth O, Sasahar FJ, For the Trombolysis or Peripheral Surgery (TOPAS) Investigators. NEJM. 1998;338:1105-11.
4. Bjella Powers K, Vacek J, Lee S. RVT- Noninvasive approaches to peripheral vascular diseases.- Postgraduate Medicine. 1999;106:52-64.
5. Rivera Martínez R. Signo Predictivo Indirecto de Lesión por Isquemia- Reperfusión en Pacientes Revascularizados de Extremidades. Educación e Investigación Clínica. 2000;1:186-90.
6. Santilli J, Santilli S. Chronic Critical Limb Ischemia: Diagnosis, Treatment and Prognosis. American Family Physician. 1999.