



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1581 - Arteriopatía periférica: un diagnóstico de Atención Primaria

A.B. Lara Muñoz^a, L. Barrios Blasco^b y A. Morales Valverde^c

^aMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud de Santa Rosa. Zona I. Córdoba. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Santa Rosa. Zona I. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años que acude a consulta por dolor en gemelos de 2-3 años de evolución. Estudiada por distintas especialidades, no habiéndose hallado patología que justifique dicho dolor. Refiere dolor a nivel de ambos gemelos, más acentuado en pierna derecha que le lleva a detenerse. Tras parar, se calma el dolor. Refiere igualmente, dolor en cama. Afebril. No otra sintomatología. Antecedentes familiares: 9 hermanos con hipercolesterolemia. Padre: diabetes mellitus, fallecido de IAM a los 56 años. Hermano fallecido de IAM a los 61 años. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de 20 cigarrillos/día. Nulípara. HTA. Hipercolesterolemia. No diabetes mellitus. Menopausia a los 48 años. Tratamiento habitual: simvastatina 40 mg/24h. Enalapril 20 mg/hidroclorotiazida 12,50 mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias: MMII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios y tibial posterior no palpables. Resto: sin hallazgos valorables. Analítica: VSG 23 mm/h. Ácido úrico 5,9 mg/dL. Colesterol total 153 mg/dL (HDL 29, LDL 95). TG 143. Resto normal. Eco-doppler: Puntuación: 0,5. Conclusión: grado II de Fontaine: Posibles síntomas de claudicación intermitente.

Juicio clínico: Claudicación intermitente.

Diagnóstico diferencial: Existen varias entidades que cursan con molestias en MMII a modo de claudicación, pudiendo crear confusión con una verdadera claudicación intermitente de origen arteriosclerótico. No obstante, el principal diagnóstico diferencial se establece entre la compresión radicular y medular. Otras patologías con las que habría que realizar el diagnóstico diferencial serían: neuropatía diabética, enfermedad osteoarticular tal como artritis de cadera u otros procesos inflamatorios de MMII, claudicación venosa, quiste de Backer sintomático o síndrome compartimental crónico. Sin embargo, hay que destacar que sea cual sea la patología con la que se establezca el diagnóstico diferencial, los pulsos pedios están presentes, a diferencia de lo que ocurre en la enfermedad arterial periférica.

Comentario final: La enfermedad arterial periférica, cuya clínica se cataloga según la clasificación de Fontaine o Rutherford, tiene a la claudicación intermitente de miembros inferiores como a su manifestación más habitual. Esto equivale a dolor muscular al caminar que se acentúa con la distancia recorrida, la velocidad y la pendiente, desapareciendo con el reposo. El interés suscitado por esta patología radica en la gran importancia pronóstica para la predicción de enfermedad arteriosclerótica en otros territorios arteriales tal como el corazón o el cerebro. Sin embargo, en la actualidad, se encuentra infradiagnosticada, pues solo el 25% de los pacientes presenta síntomas, existiendo ya una obstrucción arterial mayor del 70% cuando aparece la clínica. En el caso que nos concierne, la edad de la paciente junto a la no realización de una

correcta exploración física, llevó a retrasar el diagnóstico de la enfermedad. Por ello, dado que se trata de una patología susceptible de prevención y con un tratamiento con implicaciones pronósticas, una vez que ya ha sido establecida, debe ser considerada prioritaria en Atención Primaria. En resumen, para establecer el diagnóstico de la patología en cuestión, una herramienta tan fundamental como una buena anamnesis, la identificación de los factores de riesgo cardiovascular y una completa exploración física, complementados con pruebas tal como, el índice tobillo-brazo y/o eco-doppler, suelen ser suficientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Creager MA, Loscalzo J. Enfermedades vasculares de las extremidades. En: Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, et al. Harrison: principios de medicina interna. 17ª edición. Vol 2. Interamericana Mc Graw-Hill; 2009. p. 1568-75.
2. Escobar Oliva AB, García Castillo O, Redondo de Pedro M. Enfermedad Arterial Periférica. AMF. 2014;10(9):484-93.
3. Forés R, Alzamora MT, Pera G, Torán P, Urrea M, Heras A. Concordancia entre 3 métodos de medición del índice tobillo-brazo para el diagnóstico de arteriopatía periférica. Med Clin (Barc). 2014;143(8):335-40.
4. 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. Rev Esp Cardiol Supl. 2009;9:11-7.
5. Libby P. Patogenia, prevención y tratamiento de la aterosclerosis. En: Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, et al. Harrison: principios de medicina interna. 17ª edición. Vol 2. Interamericana Mc Graw-Hill; 2009. p. 1501-9.
6. Manual de semiología [Internet]. Chile: Gazitúa R [actualizado Sept 2007; citado 14 Agosto 2015]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualesemiologia/180PulsoArterial.htm>
7. Moore KL, Dalley AF. Anatomía con orientación clínica. 5ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 669-671.
8. Nogales Asensio JM. Diagnóstico precoz de la arteriopatía periférica mediante la determinación automática del índice tobillo-brazo. Med Clin (Barc). 2014;143:352-3.
9. O'Rourke RA, Braunwald E. Exploración Física del aparato Locomotor. En: Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, et al. Harrison: principios de medicina interna. 17ª edición. Vol 2. Interamericana Mc Graw-Hill; 2009. p. 1382-8.
10. Ruiz Comellas A, Pera G, Baena Díez JM, Heras A, Alzamora Sas MT, Forés Raurell R, et al. Relación entre actividad física en el tiempo libre y el índice tobillo-brazo en población general española: estudio ARTPER. Med Clin (Barc). 2015. doi:10.1016/j.medcli.2015.01.015