



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/380 - Doctora, no puedo andar

E. Fernández Contreras^a, S. García Moreno^b y S. Roldán García^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Sevilla Sur. Sevilla.^b Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES 061). Servicio Provincial de Sevilla.^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 67 años de edad, acude a nuestra consulta por molestias en miembros inferiores durante la deambulación, fundamentalmente en miembro derecho. No presentaba alergias a medicamentos, era fumador activo (quince cigarrillos al día desde hacía 35 años), tenía hábito enólico moderado y dislipemia. Tratamiento habitual con simvastatina y AAS. Refería dolor a nivel de muslo y gemelos, más acusado en miembro inferior derecho, desencadenado con la marcha, que le obligaba a parar y descansar “cada poco tiempo”. Negaba dolor torácico, disnea, fiebre o cualquier otra sintomatología acompañante. En consulta solicitamos analítica, radiografía e índice tobillo-brazo, pautando tratamiento ante sospecha de arteriopatía periférica, planteando derivación a siguiente nivel asistencial según resultados. Tras cinco días acude de nuevo a consulta por empeoramiento clínico, con aumento de dolor e impotencia funcional importante en miembro inferior derecho, así como frialdad del mismo.

Exploración y pruebas complementarias: En una primera consulta, paciente con buen estado general, bien hidratado y perfundido, normocoloreado, eupneico y afebril. Tonos cardíacos rítmicos, sin soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar normal. Abdomen sin hallazgos patológicos. En extremidades inferiores no signos de trombosis venosa profunda, aunque impresionaba disminución de pulsos distales en ambos miembros. Solicitamos las siguientes pruebas complementarias (que recogimos en la segunda visita): Analítica (colesterol total aumentado a expensas de LDL), ITB 0.6, radiografía normal. En la segunda consulta, miembro inferior derecho con coloración marmórea, con ausencia de pulso pedio, tibial posterior y poplíteo, así como disminución de pulso femoral con respecto al contralateral. A la exploración de zona inguinal, constatamos teste derecho y escroto de coloración negruzca sin afectación perineal, mal olor y, en zona abdominal hipogastrio-fosa iliaca derecha, lesiones violáceas con algunas ampollas.

Juicio clínico: Claudicación intermitente por probable arteriopatía periférica grado IIb de Lerche-Fontaine. Gangrena de Fournier.

Diagnóstico diferencial: Inicialmente planteamos diagnóstico diferencial con patología osteomuscular (si bien el dolor no era de características mecánicas), TVP (no presentaba alteraciones en coloración, temperatura...), isquemia arterial aguda (si bien la instauración del cuadro fue progresiva) y finalmente con las patologías cuyo juicio clínico hemos enmarcado.

Comentario final: El papel del médico de familia en la detección precoz de patologías potencialmente graves que traducen eventos cardiovasculares (incluyendo la arteriopatía periférica, gran olvidada en este grupo de trastornos), y sus posibles complicaciones, es fundamental. Es necesario un alto índice de sospecha para su

diagnóstico. En este sentido, el ITB es una herramienta validada y accesible desde nuestro ámbito de trabajo, si bien se hace necesaria una formación específica al personal facultativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bellmunt Montoya S, et al. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYC-SEACV. Aten Primaria. 2012.
2. Rodríguez Hermosa Jl, et al. Gangrena de Fournier. Cir Esp. 2001;69:128-35.
3. Oliveras V, Martín-Baranera M, Gracia M, et al. Importancia del índice tobillo-brazo en la reclasificación del riesgo cardiovascular de varones hipertensos asintomáticos de mediana edad. Med Clín. 2015;144(10):435-9.