



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1659 - Una catástrofe trombótica... a propósito de un caso clínico

E. Grasun^a, A. Grasun^b, A. Azagra Calero^c, J. Villar Ramos^d, A. Asturias Saiz^e, R. López Sánchez^d y A. Casal Calvo^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. ^bMédico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 36 años de edad que acude a Servicio de Urgencias en Atención Primaria (SUAP) por dolor intenso de una hora de evolución en extremidad superior izquierda (ESI), acompañado de frialdad y parestesias en dicha extremidad. Además refiere dolor progresivo en extremidad inferior derecha (EID) de una semana de evolución, pero el paciente no le ha dado mucha importancia. Dado sus síntomas alarmantes le pasan directamente a la consulta. El paciente estaba inquieto y sudoroso. Como antecedentes personales de interés: fumador activo de 15 cigarrillos-año.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente estaba hemodinámicamente estable. En la exploración se aprecia la ausencia de pulsos distales en ESI y pulsos filiforme en EID. Ante una sospecha de un probable síndrome coronario agudo (SCA), se realizó un ECG que resultó normal. Otra posibilidad diagnóstica fue trombosis arterial aguda. Se derivó al Hospital para completar el estudio. En Urgencias confirman mediante Doppler vascular la ausencia de flujo en ESI y EID y se solicitó angioTC urgente donde se visualizan múltiples defectos de repleción arteriales: subclavia izquierda, mesentérica inferior, cayado aórtico y aorta torácica descendente. Además con esta prueba se descartó disección aórtica. Se realizó trombectomía urgente vía humeral izquierda y vía femoral derecha, extrayéndose material embólico en ambas localizaciones. Se solicitó interconsulta a Hematología para completar estudio de trombofilia. Al final de estudio el paciente está diagnosticado de trombofilia por síndrome antifosfolípido.

Juicio clínico: Múltiples trombosis arteriales. Trombofilia por síndrome antifosfolípido.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo; disección aórtica.

Comentario final: Isquemia arterial aguda siempre es un reto para cualquier médico, pero mucho más cuando no dispones de pruebas complementarias de diagnóstico como ocurre en la consulta de SUAP. La ventaja para el clínico es que esta entidad es muy llamativa clínicamente y con una exploración clínica adecuada, podemos filiar el diagnóstico.

Bibliografía

1. Skeik N, Soo-Hoo SS, Porten BR, et al. Arterial Embolisms and Thrombosis in Upper Extremity Ischemia. Vasc Endovascular Surg. 2015;49:100.

2. Creager MA, Kaufman JA, Conte MS. Clinical practice. Acute limb ischemia. *N Engl J Med.* 2012;366:2198.
3. Ruiz-Irastorza G, Crowther M, Branch W, Khamashta MA. Antiphospholipid syndrome. *Lancet.* 2010;376:1498.

Palabras clave: *Isquemia. Trombofilia. Síndrome antifosfolípido.*