

## 347/219 - PROBLEMA DE CICATRIZACIÓN DE HERIDAS

J. Redondo Jañez<sup>a</sup>, M. Menéndez Argüelles<sup>b</sup>, P. Zamora Yeyes<sup>c</sup> y C. González Mallada<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud el Llano. Asturias. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón. <sup>c</sup>Médico Residente de. Centro de Salud Montevil. Gijón. <sup>d</sup>Médico de Familia. Área VII. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 30 años. NAMC. Fuma 10 cigarrillos/día. No bebedora. No antecedentes medicoquirúrgicos de interés. No tratamientos crónicos. Acude a consulta por herida en lecho ungueal de primer dedo de pie derecho de dos semanas de evolución que apareció tras manipulación podológica. Tras ciclo de antibiótico (ciprofloxacino) por signos de infección local y curas en centro podológico consulta por mala evolución de la herida, presenta dolor en ambos pies (más en el derecho), que no cede con analgesia (paracetamol + metamizol). El dolor se inicia con la deambulación de unos 200 m y cede con el reposo.

**Exploración y pruebas complementarias:** La paciente presenta buen estado general. Afebril. Constantes normales. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. MMII: No edemas ni signos de trombosis venosa superficial. Pulsos femorales presentes, poplíticos dudosos, tibiales posteriores y pedios no se palpan. Relleno capilar enllentecido, cianosis en dedos de ambos pies, más en el derecho. Sensomotilidad normal. Pulsos radiales y axilares presentes y simétricos. ITB: 60 mmHg TP derecho y 160 mmHg TP izquierdo. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación dentro de la normalidad.

**Orientación diagnóstica:** El cuadro clínico es sugestivo de patología oclusiva del árbol arterial. Como primera sospecha diagnóstica nos planteamos el de enfermedad de Buerger a pesar de tratarse de una paciente mujer y joven. Se pauta Adiro 100 mg y se deriva a consulta de Cirugía vascular de modo preferente. Se realiza angiotac de MMII que confirma el diagnóstico. Se recomienda abandono de hábito tabáquico, continuar con Adiro 100 mg e iniciar simvastatina 20 mg. Asimismo la paciente acude al centro de salud para realizar curas locales cada 48h de la herida que presenta, la cual se acaba resolviendo.

**Diagnóstico diferencial:** Tromboangiitis obliterante (Buerger). Trombosis arterial subaguda. Enfermedad de Raynaud. Arteritis de Takayasu.

**Comentario final:** Este caso nos debe hacer reflexionar sobre la importancia de sospechar enfermedades sistémicas cuando nos encontramos ante un paciente que presenta patología de fácil manejo como una herida con mala evolución. Una buena historia clínica y una anamnesis detallada orienta el diagnóstico, sin necesidad de pruebas invasivas. Posteriormente la prueba de imagen confirma nuestro diagnóstico.

### Bibliografía

1. Thromboangiitis obliterans: a study of the vascular lesions leading to presenile spontaneous gangrene. Am J Med Soc. 1908;136:557-80.

**Palabras clave:** Tabaco. Tromboangiitis obliterante.