

347/4052 - BYPASS CORONARIO: COMPLICACIONES Y MANEJO CONSERVADOR

J. Novas Moreno^a, B. Gutiérrez Soto^b, S. Sosa Romero^c y P. Delgado Danta^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años con AP de HTA, DM2, dislipemia e hipertrigliceridemia, fumador activo, bebedor, mal cumplidor terapéutico, en tratamiento con metformina, atorvastatina y fenofibrato. Consulta por dolor centrotorácico opresivo irradiado a MMSS con sensación disnea en reposo, de comienzo hace 3 días. Se realiza ECG y se deriva a urgencias por sospecha de SCASEST, siendo ingresado en cardiología donde realizan cateterismo y posteriormente triple bypass coronario. Alta añadiendo al tratamiento, adiro, bisoprolol y ramipril. Tras 3 meses consulta por dolor de reposo en ambos MMII. Se comprueba ausencia de pulsos periféricos en ambos pies y se deriva a urgencias por sospecha de isquemia arterial aguda. Se realiza angioTC viéndose obliteración de ejes distales sospechándose cuadro multiembólico. Ingresa en cirugía vascular desestimándose cirugía, siendo dado de alta con tratamiento conservador (Clexane 60 sc/12h).

Exploración y pruebas complementarias: AC: rítmico sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. ECG: RS a 100 lpm. Eje 90º. QRS estrecho. Descenso de ST de 1 mm en I y aVL, onda Q en II, III y aVF. T negativa en II, III aVF y V5-V6. Bioquímica: CPK 222, troponina I 4,48 (seriación 6,16). Ecocardiograma: VI no dilatado con aquinesia de segmento distal anterolateral. FEVI 35%. AI ligeramente dilatada. Insuficiencia mitral ligera. Coronariografía: DA ocluida. CX semiocluida. CD media con lesión grave. MMII: hipoperfusión de ambos pies con livedo reticularis y cianosis. Pulso femoral y poplíteo derecho presentes, resto abolidos. AngioTC: obliteración de arteria femoral izquierda y ejes distales de ambas piernas de forma difusa. Patrón distal no revascularizable.

Orientación diagnóstica: SCASEST. Ateroembolismo en MMII tras cirugía cardiaca.

Diagnóstico diferencial: Isquemia arterial aguda embólica. Isquemia arterial aguda trombótica.

Comentario final: Tanto el abordaje del SCA como sus posteriores complicaciones a nivel arterial precisan de una evaluación y abordaje multidisciplinar. El manejo primario debe orientarse al control de los FRCV (tabaquismo, diabetes, HTA, DLP...). El pronóstico inicial, por tanto depende de una sospecha diagnóstica basada en un examen físico completo con un posterior enfoque hacia un tratamiento conservador o quirúrgico en función de las características del paciente.

Bibliografía

1. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/arteriopatia-periferica/>.
2. Palomar Alguacil V, et al. Isquemia arterial aguda periférica. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5^a ed. Barcelona; 2015; p. 221-7.

Palabras clave: Isquemia. Arteriopatía. SCA.