

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

347/1359 - DOCTORA, MI DEDO ESTÁ AZUL

A. Santaella García^a, A. López León^b, C. Martín Mañero^c y F. Conde López^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. Cádiz. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Rubio. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años, sin hábitos tóxicos, HTA en tratamiento con doxazosina, losartan y AAS; acude a nuestra consulta por dolor en miembro inferior derecho de horas de evolución y sensación de parestesias y frialdad, con impotencia funcional en dicho miembro. Paciente independiente para todas las actividades de la vida diaria, con una vida activa y ejercicio físico diario.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo, no ingurgitación yugular, no tiraje ni asimetrías. Auscultación cardiopulmonar: rítmico con soplo sistólico aórtico. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen normal. Miembros inferiores: miembro inferior izquierdo con signos de insuficiencia venosa, miembro inferior derecho pálido, cianosis de parte distal de primera falange del pie derecho, con signos de insuficiencia venosa. Pulsos venosos conservados, pulso femoral débil resto de pulsos arteriales ausentes. Disminución de temperatura y aumento de palidez respecto al miembro contralateral. Movilidad y sensibilidad conservada. Constantes: 149/85 de TA, 92 lpm, 98% de saturación. Tras exploración se derivó a los servicios de urgencias para despistaje de isquemia arterial. Analítica: PCR 1,4, hemograma y bioquímica y coagulación sin hallazgos. Ecografía doppler arterial: severa ateromatosis calcificada en prácticamente todas las arterias estudiadas, ausencia de señal doppler en arteria femoral común y superficial proximal, arteria iliaca externa con señal doppler y curva de flujo patológica de patrón de frenado por obstrucción caudal. Ingresó en el servicio de angiología y cirugía vascular quienes realizaron cirugía urgente de embolectomía transfemoral con buen resultado.

Orientación diagnóstica: Isquemia arterial aguda IIA en MID por embolia femoral derecha.

Diagnóstico diferencial: Trombosis por patología arterioesclerótica preexistente, tromboflebitis iliofemoral profunda.

Comentario final: El papel de los profesionales de atención primaria es fundamental en el estudio inicial, siendo la puerta de entrada al sistema sanitario. Este caso nos muestra la importancia del conocimiento de los signos y síntomas de la isquemia arterial, sabiendo diferenciar una afectación arterial de una afectación venosa. Importancia de una buena historia clínica, especificando nuestra sospecha diagnóstica, previo a la derivación a un servicio de urgencias.

Bibliografía

1. Palomar Alguacil V, Muñoz Carvajal I, Valencia Núñez D, et al. Isquemia arterial aguda periférica. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.; p. 221-3.

Palabras clave: Isquemia arterial aguda.