



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/162 - La "hemorragia aterotrombótica"

M. Gutiérrez Parra^a, I. Abascal Sañudo^a, O. Casanueva Soler^b, L.P. Salag Rubio^b, R. Maye Soroa^b, C. Carpintero Antoñán^c, C. García Sarmiento^d, A.J. Albarracín Contreras^e, E. Rueda Alonso^f y T. de Vega Santos^g

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico Residente de 2^º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico de Familia Adjunto. CS Dobra. Torrelavega. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatió. Torrelavega. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Saja. Cabezón de la Sal. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arganda-Felicidad. Madrid. ^gMédico Internista Adjunto. Hospital de Sierrallana. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 72 años, acude a su médico de familia por presentar dolor en los pulpejos de ambos pies de un mes de evolución junto a lesiones cianóticas digitales (diciembre 2014). AP: NAMC, Exfumador, HTA, FA, Cardiopatía isquémica trivaso revascularizada con ACTP + stents farmacoactivos en julio de 2014 con hipocinesia inferobasal. En tratamiento con Adiro, clopidogrel, sintrom, bisoprolol, atorvastatina, parche nitrodur, pantoprazol. En noviembre de 2014 acude a urgencias por episodio de hematoquecia, con anemización (Hb: 8,8), demostrándose feropenia en el estudio. Por ello se decide retirar sintrom y se transfunden 2 concentrado de hematíes. Continuando con el resto del tratamiento igual. Posteriormente en la consulta se inicia el tratamiento con hierro. Se solicita IC digestivo para gastro-colonoscopia.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Auscultación con soplo carotideo bilateral y arrítmico a 90 lpm. Exploración de EEII: lesiones cianóticas digitales bilaterales. No desaparecen a la presión. Índice tobillo brazo normal. Pulsos pedios y femorales presentes. Fuerza y sensibilidad normal. Resto normal. Angio-TAC aórtico y EEII: afectación ateromatosa difusa de aorta, con múltiples placas de ateroma en toda su extensión, calcificadas, así como imágenes que sugieren pequeñas ulceras aterosclerosas. Ecocardiograma transtorácico: no trombos ventriculares ni lesiones que pudieran favorecerlas.

Juicio clínico: Síndrome de los dedos azules. Isquemia arterial bilateral distal por embolismos arterio-arteriales.

Diagnóstico diferencial: Cardioembolismo: trombo auricular en el contexto de la FA, Trombo ventricular debido a la hipocinesia ventricular, embolia séptica en el contexto de endocarditis. Mixoma auricular. Embolia de cristales de colesterol de la placa: Suelen aparecer tras manipulación endovascular y característicamente produce eosinofilia. Embolia paradójica. Enfermedades del tejido conectivo. Vasculitis. Tromboangiitis obliterante. Vasoespasmo arterial: Fenómeno de Raynaud.

Comentario final: El síndrome de los dedos azules, es debido a una oclusión embólica de las arterias digitales con material aterotrombótico de fuentes arteriales proximales. Se caracteriza por una aparición repentina, en uno o varios dedos del pie, de cianosis y dolor, y que sin embargo suele presentar pulsos presentes y pies calientes. La afectación bilateral orienta hacia una fuente embólica situada por encima de la bifurcación

aórtica. Estos episodios embólicos, pueden reaparecer en el futuro, por lo que se debe identificar y erradicar la fuente embólica. La prevención de la aterotrombosis, consiste en el control de los factores de riesgo cardiovascular, estabilizándose la placa. Entre ellos se incluye la aspirina, estatinas, control de la presión arterial, cese tabaquismo, disminución de peso, y en los pacientes diabéticos controles glucémicos. En nuestro caso, se habla con cardiología, y se decide la reintroducción del sintrom. Poco a poco va desapareciendo los síntomas dolorosos y las lesiones cutáneas. La anemia remonta definitivamente cuando se extirpan varios pólipos colónicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matchett WJ, McFarland DR, Eidt JF, Moursi MM. Blue toe syndrome: treatment with intra-arterial stents and review of therapies. *J Vasc Interv Radiol.* 2000;11:585.
2. Clagett GP, Sobel M, Jackson MR, et al. Antithrombotic therapy in peripheral arterial occlusive disease: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest.* 2004;126:609S.
3. Tunick PA, Kronzon I. Atherosclerosis of the aorta: a risk factor, risk marker, or an innocent bystander? *J Am Coll Cardiol.* 2005;45:1907; author reply 1907.
4. Smith SC Jr, Allen J, Blair SN, et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation.* 2006;113:2363.