



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/207 - Dolor torácico en el contexto de fibrilación auricular. ¿Qué esconde?

A. Nofan Maayah<sup>a</sup>, V.E. Choquehuanca Núñez<sup>b</sup>, M. García Aroca<sup>c</sup>, K.P. Baldeón Cuenca<sup>d</sup>, A. Pérez Martín<sup>e</sup>, B. Coll Bas<sup>a</sup>, M. Santos Gravalosa<sup>a</sup>, J.S. Serrano Hernández<sup>f</sup>, M. Abuhassira<sup>g</sup> y N. Argaz<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico de Familia. CS Isabel II. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año. CS Los Dolores. Cartagena. <sup>d</sup>Médico Residente de 1º año. CS Besaya. Torrelavega. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año. CS Laredo. Laredo. <sup>g</sup>Médico Residente de 3º año. CS Cazoña. Santander. <sup>h</sup>Médico Residente de 4º año. CS ABS Valls Urbà. Tarragona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 69 años. Con antecedentes personales de: HTA. Dislipidemia. No DM. Fibrilación auricular paroxística no anticoagulada, pendiente de ablación en su hospital de referencia la semana próxima. Acude a urgencias hospitalaria traído por el 061 por dolor torácico de 1 hora de evolución con sospecha de síndrome coronario agudo, donde aportan un ECG con FA a 80 lpm y sin alteración en la repolarización. Hemodinámicamente estable, no precisó tratamiento durante el traslado. A su llegada se procede a monitorizar al paciente y se le realiza nueva valoración de su situación, permaneciendo en todo momento estable, sin cambios en el ECG, no presenta disnea ni otra clínica asociada salvo aumento del dolor torácico difuso en hemicuerpo izquierdo con irradiación a miembro superior izquierdo sin acompañamiento de cortejo vegetativo.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración se aprecia pulso humeral y ausencia de pulso radial y cubital. Relleno capilar distal enlentecido. Dolor y frialdad aguda y progresiva en miembro superior izquierdo. Analítica: troponina 0,00, dímero D 2.201, resto normal. Ante la clínica y antecedentes del paciente y dada la sospecha de isquemia arterial aguda, se avisa a Cardiovascular de guardia y se decide intervención quirúrgica urgente. Bajo anestesia locorregional se realiza embolectomía de miembro superior izquierdo, extrayéndose abundantes trombos, consiguiéndose buen resultado inmediato y restableciéndose el pulso radial.

**Juicio clínico:** Isquemia arterial aguda del miembro superior izquierdo de posible origen cardíaco por su enfermedad de base (fibrilación auricular).

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome compartimental agudo. Amplia trombosis venosa profunda con el acompañamiento de la trombosis venosa superficial. Vasoespasmo (por ejemplo, el fenómeno de Raynaud), incluyendo la administración de fármacos vasoactivos como ergotamina, puede conducir a la isquemia no oclusiva. Dolor de miembro no isquémica de la gota aguda, neuropatía, hemorragia espontánea. Lesiones traumáticas de tejidos blandos también pueden simular a isquemia aguda. Vasculitis (enfermedad de Buerger). Obstrucción de la salida torácica.

**Comentario final:** La isquemia aguda del miembro superior es mucho menos común que la isquemia del miembro inferior, con tasas correspondientemente más bajas de pérdida de la función y amputación. Sin embargo, cuando se producen estas complicaciones, la discapacidad resultante es mucho más devastadora. La

incidencia ha sido reportada como 0,86 a 1,3 casos por cada 100.000 personas por año; los pacientes tienden a ser mayores, con una edad media de 74 años. Clínicamente, la isquemia de las extremidades se diagnostica por la presencia de uno o más de los seis hallazgos “P”: dolor (de pain), palidez, polar (por frío), ausencia de pulso, parestesias y parálisis. El dolor solo es a menudo el primer síntoma y la ausencia de pulso quizás el signo más importante. Las parestesias y parálisis son características finales e indican neuropatía isquémica y mionecrosis, que son indicadores de una extremidad insalvable. La reevaluación de nuestro paciente ha sido la clave para determinar la sospecha de trombosis arterial, sabiendo que el tiempo de evolución es determinante sobre el pronóstico, se procedió al tratamiento quirúrgico urgente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Coskun S, Soylu L, Coskun Pinar K, Bayazit M. Short series of upper limb acute arterial occlusions in 4 different etiologies and review of literature. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2013;31:1719.e1-1719.
2. Berridge DC, Kessel DO, Robertson I. Surgery versus thrombolysis for initial management of acute limb ischaemia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD002784.