



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/129 - Isquemia arterial de miembro inferior crónico reagudizado. A propósito de un caso

E.F. Rambalde Pacheco^a, A. Nofan Maayah^b, A. Pérez Martín^c, F. Rey Cascajo^d, I. Ortiz Lebaniegos^e, M.J. Arques Pérez^f, N. Argaz^g, M. Abuhassira^h, M. Santos Gravalosa^b y B. Coll Bas^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. ^dMédico de Familia. CS Isabel II. Santander. ^eMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander. ^fMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Santander. ^gMédico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. ^hMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS ABS Valls Urbà. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 86 años. Antecedentes personales de HTA. DM2. Hipercolesterolemia. ACxFA. ACVA en territorio CMI fibrinolizado. Criterios clínicos de bronquitis crónicas. Estenosis aórtica degenerativa leve. Espodiloartrosis. Trombosis venosa ojo izquierdo. Intervención quirúrgica: Colecistectomía. Cataratas. En tratamiento con Sintrom, atorvastatina, diltiazem, insulina. metformina, vildagliptin, budesonida y formoterol inhalado. Acude a urgencias hospitalaria por dolor en pie izquierdo progresivo, con cambios objetivos de coloración en dorso del pie.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destaca frialdad en dorso del pie izquierdo de color violácea, pulso pedio abolido, relleno capilar distal enlentecido asocia a eritemas calientes en pretibial anterior. Analítica: PCR 6,3, leucocitos 16,4 con desviación a la izquierda, TP 15%, INR 4,64, dímero D 926. Se le realiza índice tobillo/brazo: derecho 0,9 y el izquierdo 1,9. Ingreso a cargo del Servicio Cardiovascular para estudio y tratamiento. Arteriografía: estenosis significativa cercana al origen en la arteria tibial anterior. Obstrucción de tibial posterior. Femoral superficial ateromatosa. Estenosis en origen de arteria tibial anterior obstrucción de la tibial posterior. Se le realiza de forma programada angioplastia poplítea tras mejoría de su tromboflebitis sobreañadido, con mejoría parcial y alivio del dolor isquémico.

Juicio clínico: Isquemia crónica reagudizada en miembro inferior izquierdo, tromboflebitis del mismo miembro.

Diagnóstico diferencial: Aneurisma arterial. Tromboangeítis obliterante (enfermedad de Buerger). Vasculitis. Atrapamiento poplíteo. Degeneración quística de la media. Displasia fibromuscular o la arteritis específica (salmonella, lúes).

Comentario final: La enfermedad arterial periférica (PAD), específicamente la enfermedad aterosclerótica que conduce a la obstrucción de la arteria periférica, puede estar en silencio o presente con una variedad de síntomas y signos indicativos de isquemia de las extremidades. Las manifestaciones clínicas de la insuficiencia arterial (independientemente de la etiología) se deben a la falta de flujo de sangre a la musculatura en relación a su metabolismo, lo que se traduce en dolor en los músculos afectados. La presencia de una úlcera extremidad es uno de los signos clínicos más evidentes que pueden ser debido a la isquemia, pero otras manifestaciones, como la claudicación y dolor en reposo, se debe buscar activamente y

diferenciada de condiciones no ateroscleróticas y no vasculares para asegurar la remisión oportuna a una especialista vascular, cuando esté indicado. El índice de presión sistólica tobillo-brazo en reposo (ITB) es una prueba sencilla que se puede realizar en la consulta de atención primaria, y se debe medir en pacientes con uno o más hallazgos consistentes con la PAD en la revisión de los síntomas u otros hallazgos en el examen físico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rooke TW, Hirsch AT, Misra S, et al. Management of patients with peripheral artery disease (compilation of 2005 and 2011 ACCF/AHA Guideline Recommendations): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61:1555.
2. Ankle Brachial Index Collaboration, Fowkes FG, Murray GD, et al. Ankle brachial index combined with Framingham Risk Score to predict cardiovascular events and mortality: a meta-analysis. *JAMA*. 2008;300:197.
3. McGee SR, Boyko EJ. Physical examination and chronic lower-extremity ischemia: a critical review. *Arch Intern Med*. 1998;158:1357.