Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):85

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/212 - OCLUSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

A. García Martínez[a], N. Otero Cabanillas[b], R. López Sánchez[c], A. Azagra Calero[b], A. Casal Calvo[d], S.F. Pini[e], V. Acosta Ramón[e], J.L. Cepeda Blanco[c], G. Herrero Martínez[f] yE. Pariente Rodrigo[g]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Interior/Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander.[c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Muriedas. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria;[g]Médico de Familia. CS Camargo Interior. Muriedas.[f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años. AP: fumador de 40 paquetes-año, HTA, DM tipo 2 insulinodependiente, dislipemia, hiperuricemia, EPOC moderado tipo bronquitis crónica no agudizador. Tratamiento habitual: enalapril, insulina lantus, atorvastatina, alopurinol, Spiriva. EA: Cuadro de unas 4 semanas de evolución de dolor en pantorrilla izquierda, tipo “calambre”, desencadenado con la deambulación (300 metros), que le obliga a parar unos segundos en los cuales cede el dolor, pero este reaparece al retomar la marcha a una distancia similar. Le ocurre a distancias menores (200 metros) si camina rápido o al subir pendientes. Nunca le ha ocurrido estando en reposo.

Exploración y pruebas complementarias: TA = 160/86, FC = 75 lpm, Tª = 36,3 ºC. Buen estado general. Obesidad. CyC: PVY normal. Auscultación carotídea: rítmica, simétrica, sin soplos. AC: rítmica, sin soplos. AP: normal. Abdomen: voluminoso (obesidad central). EEII: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Palidez cutánea y frialdad distal. Pulso femoral presente, pulso poplíteo, tibial posterior y pedio claramente disminuidos en comparación con EID. Hemograma: normal. Bioquímica: glucosa = 146 mg/dl, HbA1c: 7,3%. Función renal y hepática normales. Ácido urico = 6,9 mg/Dl. Colesterol total = 157 mg/dL, HDL = 52 mg/dL, LDL = 105 mg/dL. ECG: datos de HVI. Índice tobillo-brazo: 0,7. Ecografía-Doppler: aumento de velocidad de flujo en región arterial femoral proximal.

Juicio clínico: Obstrucción arteria femoral superficial a nivel distal en paciente con múltiples FRCV

Diagnóstico diferencial: Patología osteomuscular. Insuficiencia venosa. Estenosis del canal lumbar.

Comentario final: La oclusión arterial crónica de las extremidades inferiores es una patología frecuente en la población. Su principal causa es la arteriosclerosis y los factores de riesgo: la edad avanzada, el sexo masculino (2:1), el consumo de tabaco (×3), la DM (×2), la HTA y la dislipemia, entre otros. La claudicación intermitente es su síntoma princeps (dolor muscular al caminar que aumenta con la distancia recorrida, con la velocidad y con la pendiente, y desaparece con el reposo). Su diagnóstico es principalmente clínico por lo que es fundamental realizar una buena anamnesis y exploración para establecer la sospecha diagnóstica y poder realizar las pruebas complementarias necesarias. La prueba más rápida, accesible y fácil es el índice tobillo/brazo que compara en la presión arterial sistólica de las arterias de los tobillos (tibiales posteriores y pedias) y de las arterias braquiales (humerales). En condiciones normales, las presiones en pierna y brazo son

similares (ITB ? 1), si el valor es inferior a 1 indica isquemia, e inferior a 0,4 isquemia grave. La confirmación diagnóstica se establece mediante ecografía doppler de miembros inferiores. El tratamiento en estadios iniciales se basa en el control de los FRCV, siendo la abstención tabáquica la medida más importante, como tratamientos farmacológicos únicamente han demostrado ser beneficiosos a largo plazo los antiagregantes y la pentoxifilina.

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. Layden J, Michaels J, Bermingham S, et al. Diagnosis and management of lower limb peripheral arterial disease: summary of NICE guidance. BMJ. 2012;345:e4947.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.