



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1624 - Isquemia Arterial Aguda: importancia de un diagnóstico precoz

N. Fernández Sobredo<sup>a</sup>, R. <sup>b</sup>Rodríguez Blanco, S. Vidal Tanaka<sup>a</sup>, A. Ruíz Álvarez<sup>c</sup>, M. de la Roz Sánchez<sup>d</sup>, E. Díaz González<sup>e</sup>, I. García Fernández<sup>f</sup> y C. Martínez Llana<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. Asturias.

<sup>b</sup>Médico de Familia de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sabugo. Avilés. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carriona. Avilés. Asturias. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carriona. Avilés. Asturias. <sup>f</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Asturias. <sup>g</sup>Médico de Urgencias. Hospital San Agustín. Asturias.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 43 años sin alergias medicamentosas conocidas. Con antecedente de miocardiopatía congénita hipertrófica (MCH) a tratamiento con bisoprolol. Acude a su Centro de Salud por pérdida de agudeza visual en campo temporal de ojo derecho autolimitada seguida de dolor intenso, frialdad, palidez e imposibilidad de movilizar miembro superior izquierdo (MSI) de unos 40 minutos de duración acompañado de palpitaciones y cortejo vegetativo. Se realiza exploración física exhaustiva y pruebas complementarias en Centro de Salud donde se sospecha en primer lugar isquemia arterial aguda y fibrilación auricular no conocida por lo que se deriva a Hospital más cercano. Tras realización de estudios complementarios se confirma diagnóstico y se deriva sin demora a centro de referencia donde se realiza embolectomía urgente con éxito. Tras ello se deriva a consulta de Cardiología, Oftalmología y Hematología para estudios complementarios. Actualmente el paciente tiene instaurado desfibrilador automático implantable (DAI) y recibe anticoagulación oral.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración neurológica: discreta pérdida de fuerza en MSI con dolor intenso. Resto normal, incluida campimetría por confrontación. Exploración oftalmológica: degeneración periférica en retina de ojo derecho. Ruidos cardiacos arrítmicos sin soplos en torno a 80 latidos por minuto. Auscultación pulmonar y exploración abdominal normal. MSI con marcada palidez mucocutánea, frialdad y dolor intenso a la palpación en tercio proximal. Dolor con movimientos de rotación y flexo-extensión de la muñeca. Dificultad para la palpación de pulso braquial/radial. MSD y extremidades inferiores normales, con pulsos presentes. Analítica básica, radiografía de tórax y TC craneal urgente normal. ECG: fibrilación auricular con buen control de frecuencia ventricular con signos de hipertrofia ventricular izquierda. Ecocardiografía: MCH septal con fracción de eyección limítrofe, hipertensión pulmonar, insuficiencia mitral leve y dilatación de aurícula izquierda. Holter y test de esfuerzo: episodios de taquicardia ventricular no sostenida.

**Juicio clínico:** Fibrilación Auricular (FA) no conocida en paciente con MCH familiar en grado

funcional II-III NYHA. Accidente isquémico transitorio (episodio autolimitado de hemianopsia en ojo derecho). Isquemia arterial aguda de MSI grado IIb.

**Diagnóstico diferencial:** Lo fundamental ante una isquemia arterial, es valorar la velocidad de instauración, y establecer si el origen de la isquemia es embólico o trombótico, ya que tanto el manejo terapéutico como el pronóstico son muy diferentes. En este caso, dado su cardiopatía, la aparición de una FA, el episodio de Amaurosis fugax y la ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular, la etiología más plausible es la cardioembólica.

**Comentario final:** La aplicabilidad de este caso clínica se fundamenta en que ante la sospecha clínica de esta patología se debe iniciar analgesia y trasladar al paciente con la mayor brevedad posible al hospital de referencia para la confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento, ya que la demora en el mismo puede traer consecuencias fatales para el paciente incluida la amputación del miembro afectado.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Palomar Alguacil V, Muñoz Carvajal I, Valencio Núñez D, et al. Isquemia arterial aguda periférica. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 5ª edición. Elsevier; 2015. p. 221-3.