



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/58 - ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA POR MAL CONTROL DE FRCV

P. López Tens^a, A. Blanco García^b, D. Fernández Torre^c, M. Montes Pérez^d, J. Villar Ramos^e, I. Rodríguez Marcos^f, P. Jiménez Sahelices^f, B. Sainz Santos^g, C. Fernández Pereda^h y S. Díez Moralesⁱ

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. ^bMédico Residente de 2º año; ^cMédico Residente de 3º año; ^dMédico Residente de 4º año. CS Camargo Costa. Cantabria. ^eMédico Residente de 1º año. CS Camargo Interior. Cantabria. ^fMédico Residente de 1º año; ^gMédico Residente de 4º año. CS Dávila. Santander. ^hMédico Residente de 4º año. CS Sardinero. Santander. ⁱMédico Residente de 4º año. CS Covaresa. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años que acudió a nuestra consulta por cuadro de dolor en reposo en EII asociado a edema y frialdad de unos 7 días de evolución. Entre los antecedentes personales, una HTA con mal control de larga evolución, fumador de 80 paquetes-año, consumo de 80 gramos de OH/día, bronquitis crónica, cardiopatía isquémica con ACTP + Stent en coronaria derecha (2013) con oclusión al 100% de DA media y FEVI 25-30% con trombo apical, arteriopatía periférica con by-pass femoropoplíteo con plastia femoral por claudicación de EEII grado IIA. Abandono del tratamiento habitual por decisión propia del paciente.

Exploración y pruebas complementarias: Tª: 36 °C, TA: 160/95, FC: 100 lpm, FR: 26 rpm, SatO2: 94%. Buen estado general. Taquipneico en reposo. EVA 9. Auscultación cardíaca rítmica, taquicárdica, ruidos apagados, sin soplos. Auscultación pulmonar con roncus dispersos. Abdomen con dolor a la palpación de FII. No signos de irritación peritoneal. RHA presentes. PPRB negativa. EID: No edemas. No signos de TVP. Signos de insuficiencia venosa crónica. EII: palidez y frialdad generalizada, con disestesias e intenso dolor a la exploración. Pulso inguinal débil. Pulsos poplíteos y pedios ausentes. Bioquímica dentro de los parámetros de normalidad. Hemograma: leucocitosis 13.500 (S79% L14%) Hb 14,9, plaquetas 159.000. TP 89%. Arteriografía: arterias femorales comunes y profundas ateromatosas pero permeables. La arteria poplíteo con placas ateromatosas en su primera porción. Obstrucción de la arteria tibial posterior de 2 cm en su segmento proximal con obstrucción a nivel del tobillo. La arteria tibial anterior ateromatosa y con obstrucción distal. Arteria peronea no visible. Estenosis moderada del bypass con opacificación completa de las dos arterias tibiales y arteria peronea obstruida en su origen.

Juicio clínico: Isquemia crítica recidivante de EII.

Diagnóstico diferencial: Síndrome compartimental. TVP. Flebitis.

Comentario final: El paciente fue intervenido con realización de bypass femorotibial posterior izquierda safena invertida ipsilateral y trombectomía bypass de vena y fibrinólisis local con fasciotomías con buena evolución clínica inmediata. Este paciente es un ejemplo de mal control de

factores de riesgo cardiovascular tanto con medidas higienico-dietéticas como farmacológicas. A pesar del esfuerzo de su médico de atención primaria con un tratamiento preventivo y terapéutico correcto, el paciente sufrió las complicaciones secundarias a sus FRCVf. La isquemia arterial aguda puede ser debida a causas intrínsecas como el embolismo o la trombosis, o a causas extrínsecas como iatrogenia o traumatismos. Nuestro paciente presentaba una ateromatosis generalizada asociada a zonas de estenosis en grandes vasos influenciada presumiblemente por la suma de los factores de riesgo anteriormente mencionados y la falta total de control de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Surg Gynecol Obst. 1963;116:241.
2. Rutherford "Vascular Surgery", 5th ed.
3. Pobleto Silva R. Patología arterial y venosa.
4. Ceroni E. Manejo de la Oclusión arterial aguda, actualizaciones médico quirúrgicas. Emergencias quirúrgicas.
5. Brewster DC. Acute peripheral arterial occlusion. Cardiol Clin. 1991;9:497
6. Dale WA: Differential management of acute peripheral arterial ischemia. J Vasc. Surg. 1984;1:269.
7. Cambria RP, Abbott WM: Acute arterial thrombosis of the lower extremity. Arch Surg. 1984;119:784.