



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-041 - ÚLCERA VASCULAR EN PACIENTE CON ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

A. Rodríguez Jarilla

CS Fuensanta.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años, con paresia y atrofia de pierna izquierda por poliomielitis en la infancia. Arteriopatía periférica de dicha pierna de varios meses de evolución, en seguimiento por cirugía cardiovascular. Fumador de dos paquetes de cigarrillos diarios. Consulta por herida en cara anterior de pierna izquierda, de un mes de evolución, que refiere a raíz de una caída. Se realiza cura de la herida, previa recogida de exudado para cultivo, y se inicia tratamiento con cloxacilina 600 mg cada 6 horas y pentoxifilina 600 mg cada 12 horas, para procurar la mejoría de la perfusión sanguínea, y curas diarias. Tras conocer el resultado del cultivo, se cambió el tratamiento a fosfomicina, 500 mg cada 8 durante 7 días y mupirocina tópica.

Exploración física y pruebas complementarias: Pierna izquierda atrófica, fría a la palpación, con pulsos pedio y tibial posterior débiles. En cara anterior, úlcera de 4 centímetros de diámetro, con secreción purulenta y mal olor. Cultivo de exudado: *Staphylococcus aureus* meticilino resistente, sensible a fosfomicina y mupirocina.

Juicio clínico: Úlcera vascular de causa arterial.

Diagnóstico diferencial: Debemos diferenciar entre causa venosa o arterial. Las arteriales son de bordes planos, fondo atrófico y no suelen sangrar; aparecen sobre prominencias óseas, sobre todo en cabezas de metatarsianos y dedos; se deben a arteriosclerosis, HTA, tabaquismo y DM; los pulsos distales (pedio, tibial posterior, poplíteo) son débiles o ausentes; son dolorosas, sobre todo con el decúbito; la piel suele estar delgada, seca, atrófica, fría, brillante y blanquecina. Las venosas tienen bordes excavados, fondo granulomatoso y sangrantes; se localizan en tercio inferior de la pierna en región lateral interna; se deben a insuficiencia venosa; los pulsos distales están conservados, son moderadamente dolorosas y pruriginosas, aliviándose con el decúbito; la piel suele estar edematosa, de coloración ocre, caliente, con varicosidades.

Comentario final: Las úlceras vasculares tienen origen multicausal. Las de extremidades inferiores, tanto venosas como arteriales, son causa importante de consulta en Atención Primaria. La mayoría (80%), se tratan de forma ambulatoria. La evolución es larga, dolorosa, costosa y pueden recidivar. Afectan al 5% de la población adulta. Entre un 60 y un 90% son de causa venosa. La incidencia es mayor en mujeres que en hombres y la vida sedentaria y el sobrepeso son los factores de riesgo más prevalentes. En úlceras arteriales es útil la limpieza con gasas húmedas. Si se sospecha celulitis o sobreinfección bacteriana se tomarán cultivos y pautarán antibióticos. Está contraindicado el vendaje elástico y las piernas deberán colocarse "en pendiente" durante el

descanso para favorecer la irrigación de áreas distales. En caso de existir tejido de granulación suficiente, se puede plantear la colocación de injerto. En nuestro caso, la úlcera mejoró con curas locales y tratamiento antibiótico, aunque no se descarta recidiva, debido a la mala perfusión por la arteriopatía periférica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llana, JM. Diagnóstico diferencial y tratamiento general de las úlceras vasculares. Elsevier. 2003;55:262-71.
2. Rodríguez-Piñero M. Epidemiología, repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras vasculares. Elsevier. 2003;55:260-7.