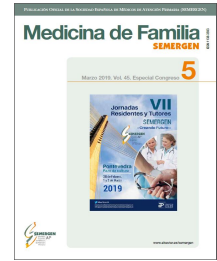




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



413/105 - ISQUEMIA AGUDA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO

M. García Estrada¹, G. García Estrada², E. Prieto Piquero², E. Suárez Jaquete³, O. Iraqui-Houssaini Rato³

¹Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo-Trubia-las Caldas. Área IV de Asturias. Oviedo. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias. Área IV. Oviedo. ³Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero-Sariego. Área IV de Asturias. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 46 años con obesidad mórbida, fumadora desde hacía 15 años, sin antecedente de claudicación. No tratamientos crónicos previos. Acudió a nuestra consulta de atención primaria por dolor y cianosis en pie derecho de 24 horas de evolución de inicio súbito. Ante la sospecha de isquemia aguda, se derivó a urgencias para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura: 37,2 °C. FC (frecuencia cardíaca) 68 lpm. TA (tensión arterial) 162/68 mmHg. IMC 33,8 kg/m². Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen dificultad para la exploración por su voluminosidad. Extremidades superiores: pulsos radiales bilaterales simétricos. Extremidad inferior derecha: pulso femoral positivo, poplíteo no palpable, pie pálido, moteado cianótico y marcada cianosis en pulpejo de los dedos. Movilidad y sensibilidad disminuidas con respecto a extremidad contralateral. Extremidad inferior izquierda: pulso pedio positivo, pie bien perfundido. Bioquímica: glucosa 400 mg/dL, urea 82 mg/dL, creatinina 1,22 mg/dL, FG (filtrado glomerular) 53, ion sodio 138 mmol/dL, ion potasio 4,9 mmol/dL, ion calcio 2,49 mmol/L, creatinquinasa 41 U/L, PCR (proteína C reactiva) 1,4 hemograma: hemoglobina 10,7 g/dL. Hematocrito 35,2%, leucocitos 6.000, neutrófilos 42,8%, linfocitos 29,7%, eosinófilos 16,7%, plaquetas 139.000. Electrocardiograma: ritmo sinusal. Criterios de hipertrofia ventricular izquierda. Radiografía de tórax: cardiomegalia.

Juicio clínico: Isquemia aguda irreversible de miembro inferior derecho (MID). Diabetes mellitus tipo 2 no conocida. Hipertensión arterial no conocida. Cardiopatía hipertensiva. Insuficiencia renal hipertensiva.

Diagnóstico diferencial: Isquemia aguda irreversible de MID. Trombosis venosa aguda. Celulitis MID.

Comentario final: Es importante abordar aquellos pacientes que acuden esporádicamente a nuestra consulta para valorar posibles factores de riesgo y tratarlos. En este caso, es fundamental la rapidez del diagnóstico pues nuestra paciente fue sometida a amputación supracondílea de MID como consecuencia del cuadro. Desde el punto de vista de la atención primaria es primordial nuestra labor preventiva en la comunidad potenciando la disminución de factores de riesgo cardiovascular y la adquisición de conductas saludables.

Bibliografía

McRae RP, Liebson PR. Hypertensive crisis. Med Clin North Am. 1986;70:749-67.

Hypertensive crises: diagnosis and management in the emergency room. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2004;8(4):143-52.

Palabras clave: Cianosis. Isquemia irreversible. Amputación supracondílea.