



Clínica cotidiana

Isquemia aguda de una extremidad en paciente con diabetes mellitus tipo 2

Samsara López Hernández^{a,*}, Miguel Rodríguez Alonso^b, Mercedes García Vidal^c,
 Carmen Francisco Fernández^d, David Gómez Villarejo^e, Clara Mora Gómez^e

^aServicio de Urgencias del Hospital Comarcal de Medina del Campo (Valladolid). ^bCentro de Salud José Aguado II (León). ^cCentro de Salud Plaza del Ejercito. Valladolid. ^dCentro de Salud de Tordesillas (Valladolid). ^ePunto de Atención Continuada Arturo Eyries. Valladolid. ^eCentro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de julio de 2020

Aceptado el 28 de octubre de 2021

On-line el 16 de noviembre de 2021

Palabras clave:

Artropatía periférica

Isquemia aguda

Diabetes mellitus

Keywords:

Peripheral artery disease

Acute ischemia

Diabetes mellitus

R E S U M E N

La isquemia aguda constituye una emergencia médica que requiere tratamiento urgente para lograr la viabilidad de la extremidad. Resulta de gran importancia desde atención primaria el control de factores implicados como el tabaco, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o la dislipemia, así como intensificar el control domiciliario en pacientes que presenten más dificultades para acudir al Centro de Salud de cara a evitar complicaciones posteriores.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Acute ischemia of a limb in a patient with type 2 diabetes mellitus

A B S T R A C T

Acute ischemia is a medical emergency that requires urgent treatment to achieve limb viability. It is of great importance from Primary Care to control the factors involved such as tobacco, diabetes mellitus, high blood pressure or dyslipidemia, as well as to intensify home control in those patients who present more difficulties in going to the Health Center to avoid complications later.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Varón de 82 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.

Se encuentra en tratamiento con ácido acetilsalicílico (100 mg), bisoprolol (2,5 mg), enalapril (10 mg) y metformina (850

mg). Es fumador (10 cigarrillos/día). Es viudo, vive solo, no tiene hijos y camina con andador.

Tras el confinamiento por el Estado de Alarma debido a la epidemia de COVID-19, el paciente pide cita telefónica en el Centro de Salud. Refiere malestar general en la última semana

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: samsara_lopez@hotmail.com (S. López Hernández)
<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2021.052>

2254-5506 / © 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

e hiporexia, así como hormigueos y dolor en una herida accidental en el pie izquierdo, sin precisar más datos. Está afebril y niega otros síntomas.

En su historia clínica vemos que no ha acudido a los últimos controles ni ha respondido al teléfono cuando la enfermera le ha llamado para realizar el seguimiento por sus patologías de base, por lo que se decide acudir al domicilio para valoración.

Una vez allí, encontramos al paciente en malas condiciones higiénicas y con aspecto descuidado. Durante la exploración física, la presión arterial es 139/95, la frecuencia cardíaca 107 lpm y la temperatura 36,2 °C. No hay ingurgitación yugular. La auscultación cardiopulmonar observamos un soplo sistólico; resto normal.

Hay una escara necrótica en el talón izquierdo (Fig. 1), acompañada de frialdad, ausencia de pulsos distales y flictena hemorrágica en el arco plantar; anestesia en el talón; no edemas. Se realiza la medición del índice tobillo-brazo (ITB) ante la sospecha de artropatía periférica. El resultado es 0,71.

A la vista de los hallazgos de la exploración física se activa a los Servicios de Emergencias y se le remite al Servicio de Urgencias con sospecha de isquemia aguda.

En la analítica de sangre presenta leucocitosis y proteína C reactiva elevada. Se drena la fluctuación y se recoge muestra para cultivo.

Durante el ingreso se pauta antibioterapia intravenosa empírica y curas locales.

La evolución es tórpida y no hay posibilidad de revascularización, por lo que se decide la amputación supracondílea.

Tras ser dado de alta, se pone en conocimiento de la trabajadora social (había rechazado este recurso hace años), se programan visitas a domicilio por parte del médico y personal de enfermería para seguimiento y se intensifica tratamiento hasta lograr el control de los factores de riesgo cardiovascular.

Comentario

La isquemia arterial aguda conlleva la pérdida brusca del flujo sanguíneo arterial en un territorio concreto. Constituye la urgencia vascular más frecuente. La localización más habitual son las extremidades inferiores (en torno a un 90 %). La afectación es por igual en ambos sexos y con predominio en edades avanzadas.

La causa más frecuente es la trombosis, sobre todo en pacientes con arteriosclerosis previa; es menos frecuente la embolia arterial, que se observa sobre todo en pacientes con fibrilación auricular. Otras causas son los traumatismos, las trombofilias, el origen iatrogénico...

La primera aproximación diagnóstica es clínica. Ante un cuadro de isquemia aguda es fundamental la anamnesis (antecedentes personales y familiares, factores de riesgo, tratamiento habitual, tiempo de instauración del dolor y presencia o no de claudicación intermitente) y la exploración física, tanto general como de la zona afectada. Las manifestaciones clínicas dependen del territorio implicado. Por lo general, se buscará la presencia de las llamadas "5 p": *pain* (dolor), *pallor* (palidez), *paraesthesias* (parestesias), *paralysis* (parálisis) y *pulseless* (ausencia de pulsos). En los casos de origen trombótico la evolución de la clínica será lenta.



Figura 1 – Úlcera necrótica en el talón del pie izquierdo.

En caso de sospecha es imprescindible remitir al paciente de forma rápida al hospital para la realización de una analítica de sangre completa (con función renal, enzimas musculares y coagulación), un electrocardiograma y una radiografía de tórax para descartar una posible cardiopatía subyacente. El eco-doppler es fundamental para identificar el flujo arterial y venoso; la angioTC o la arteriografía son las pruebas definitivas para determinar con exactitud la localización de la obstrucción y llevar a cabo el diagnóstico diferencial que permita decidir finalmente el tratamiento.

Es fundamental el control de los factores de riesgo implicados (tabaco, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial). En el seguimiento posterior, se llevará a cabo una evaluación periódica de la situación clínica, que incluye la determinación del ITB en caso de empeoramiento de los factores de riesgo cardiovascular o de aparición de patología concomitante.

Dadas las circunstancias en las que nos encontramos actualmente, es importante priorizar el control en su domicilio de los pacientes con más dificultades y peor capacidad para acudir al centro de salud. El trabajo conjunto de médicos, enfermeros y trabajadores social es esencial para abordar problemas de este tipo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escobar Oliva B, García Castillo O, Redondo De Pedro M. Enfermedad arterial periférica. AMF. 2014; 10: 484-93.
2. Martín Conejero A, Galindo García A, Moñux Ducajú G, Martínez López I, Sánchez Hervás L, Serrano Hernando FJ. Isquemia arterial aguda. Medicine. 2017; 12: 2433-9.