



## Clínica cotidiana

# “Doctor, me duele la pierna”

Jorge Luis Orihuela de la Cal

Centro de Salud El Doctoral. Santa Lucía de Tirajana. Las Palmas de Gran Canaria

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

**Historia del artículo:**

Recibido el 25 de agosto de 2020

Aceptado el 3 de diciembre de 2021

On-line el 14 de enero de 2021

**Palabras clave:**

Úlcera arterial

Claudicación intermitente

Índice tobillo-brazo

**Keywords:**

Arterial ulcer

Intermittent claudication

Ankle-brachial index

### R E S U M E N

Se presenta un caso clínico portador de úlcera de características arteriales, también llamadas isquémicas, asociado a claudicación intermitente de la marcha. El diagnóstico inicial y posterior seguimiento ambulatorio se desarrolló en el nivel primario de atención, con una duración de todo el proceso superior a un año. Se obtuvieron favorables resultados al final, a pesar de necesitar ingresos reiterados por múltiples complicaciones.

Resaltamos una asociación estrecha y efectiva entre la atención primaria y la hospitalaria, así como la importancia de continuar utilizando cada vez más en la consulta el índice tobillo-brazo, una técnica sencilla y eficaz para el diagnóstico y cribado de la enfermedad arterial periférica y predictora también de riesgo cardiovascular.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### “Doctor, my leg hurts”

### A B S T R A C T

We present a clinical case with an ulcer with arterial characteristics, also called ischemic, associated with intermittent gait claudication. The initial diagnosis and subsequent outpatient follow-up were carried out at the primary level of care, with a duration of the entire process exceeding one year; favorable results were obtained in the end, despite requiring repeated admissions for multiple complications.

We highlight a close and effective association between primary and hospital care, as well as the importance of continuing to use the ankle-brachial index more and more in the consultation, a simple and effective technique for the diagnosis and screening of peripheral arterial disease, being also a predictor of cardiovascular risk.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

## Introducción

Varón de 60 años de edad, soltero y desempleado. Acude a consulta de atención primaria (AP) por dolor de larga evolución en la pierna derecha, resistente a analgésicos habituales, que le hace detener la marcha en muchas ocasiones; presenta además una úlcera que no mejora, a pesar de las terapias por su cuenta con povidona yodada y pomada de mupirocina.

Antecedentes personales: fumador de 40 cigarrillos/día; diabetes mellitus tipo 2 (DM2), mal controlada; incumplidor de la dieta y del tratamiento con metformina.

Examen físico: úlcera muy dolorosa, de 2-3 cm de diámetro, localizada en la cara anterior de la pierna derecha, de bordes eritematosos, definidos y fondo amarillento con detritus (Fig. 1); piel seca, ausencia de vello y de pulsos poplíteos; tibial posterior y pedios indetectables; valoración analgésica 7-8/10; presión arterial 180/100 mmHg.

Pruebas complementarias: glucemia aleatoria 210 mg/dl; índice tobillo-brazo (ITB) menor de 0,5 (Tabla 1).

El paciente es remitido de forma preferente a Cirugía Vascul. También es valorado por enfermería, que comienza las curas tras la toma de muestra para exudado.

Hemograma: leucocitosis con neutrofilia, eritrosedimentación 50 mm, hemoglobina glucosilada 10 %, colesterol total 280 mg/dl.

Cultivo de la secreción: *Staphylococcus aureus*, sensible a cefalosporinas.

Electrocardiograma: signos de sobrecarga ventricular.

El juicio clínico es el de úlcera secundaria a enfermedad arterial periférica (EAP) obstructiva grave; DM2 descompensada, hipercolesterolemia e hipertensión arterial.

Se pauta tratamiento inicial con antibióticos, analgesia, losartán/hidroclorotiazida (40/12,5 mg/día), metformina/empaglifozina (1.000/12,5 mg cada 12 horas), atorvastatina (40 mg/día) y ácido acetilsalicílico (100 mg/día).

Se debe establecer el diagnóstico diferencial con úlceras de origen venoso y neuropáticas, tromboangieítis obliterante, angiodisplasias, vasculitis asociada a afecciones del colágeno, eritema nudoso...

Tras valoración en el hospital, queda ingresado y se lleva a cabo la ampliación del estudio.



Figura 1 - Úlcera en cara anterior de la pierna derecha.

Tabla 1 - Interpretación resultados del ITB<sup>7,10</sup>.

Interpretación ITB	Valor
	Valor $\geq 1,30$ : calcificación
	Entre 0,91-1,29: normal
	Entre 0,90-0,70: EAP obstructiva leve
	Entre 0,69-0,50: EAP obstructiva moderada
	Valor por debajo de 0,50: EAP obstructiva grave

Arteriografía: eje ilíaco derecho obstruido desde su origen; luz vascular arterial inferior a 50 % más calcificación.

Se procede a inmediata revascularización y colocación de 2 stents. Se pauta insulino terapia.

La evolución es desfavorable, con múltiples complicaciones: anemia grave (con varias transfusiones) y reiteradas infecciones (riesgo potencial de osteomielitis). Precisa tratamientos en quirófano para retirada de tejidos infectados y necróticos, pues se amplía considerablemente la zona de lesión cutánea inicial (Fig. 2). Se llegan a plantear la amputación.

Tras largos ciclos de antibióticos y autocuidados, incluyendo seguimiento de forma ambulatoria, con estabilización de la situación clínica y analíticas, se realizan injertos cutáneos que resultan efectivos (Fig. 3) y se logra salvar la extremidad.



Figura 2 - Retirada de tejidos infectados y necróticos.



Figura 3 - Realización de injertos cutáneos.

Con ajustes de los tratamientos, cambios en estilo de vida, alimentación saludable y deshabituación tabáquica, se consigue un adecuado control de la presión arterial, la dislipemia y la DM2.

## Comentario

Resulta relevante identificar las úlceras sugestivas de origen arterial o isquémico. Estas lesiones son el resultado de un flujo sanguíneo insuficiente en la extremidad afectada, provocado por una arteriopatía generalmente crónica<sup>1,2</sup>.

Su etiología puede ser variada: desde causa no precisada (enfermedad de Buerger)<sup>3</sup>, hasta angiopatía diabética<sup>4,5</sup>, obstrucción por ateromas, embolígena e isquemia hipertensiva (úlceras Martorell)<sup>6</sup>.

Tiene una mayor incidencia en el sexo masculino y prevalencia entre 3 y 10 casos nuevos por 10.000 habitantes<sup>1,2,7</sup>. Es preciso sospecharlas clínicamente, asociadas incluso a claudicación intermitente, para definir la conducta adecuada lo más precozmente posible.

Tienden a ser pequeñas, bien delimitadas, con costras negruzcas en la superficie, muy dolorosas y producen claudicación intermitente<sup>2</sup>.

Para el acercamiento diagnóstico, podemos utilizar en la propia consulta el ITB<sup>7-10</sup>. Se trata de un procedimiento barato, objetivo y de fácil realización, que puede aportar muy útiles resultados con valor también pronóstico.

Debemos fomentar acciones de educación para la salud e intentar alcanzar objetivos que incluyan una adecuada estabilización de las enfermedades crónicas y control de los factores de riesgo cardiovascular.

Es importante resaltar el papel del médico y de la enfermería de cabecera en el diagnóstico y abordaje precoces de la EAP, frecuente en pacientes diabéticos, así como la estrecha y efectiva coordinación entre AP y la atención hospitalaria para un mejor tratamiento del paciente. Es fundamental conseguir una mayor divulgación y el empleo del ITB en la consulta en caso de riesgos potenciales, pues constituye un procedimiento valioso, rápido y no invasivo que orienta para una conducta inicial adecuada en la EAP.

Incrementar la prevención y la promoción sanitaria en la comunidad es el objetivo fundamental en el nivel primario de salud, además de potenciar hábitos saludables y mejor control de enfermedades crónicas. Debemos apoyarnos en todos los recursos disponibles, incluidos los medios de comunicación, para evitar con ello situaciones como las dadas en este caso clínico.

## Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fowkes FG, Aboyans V, Fowkes FJ, McDermott MM, Sampson UK, Criqui MH. Peripheral artery disease: epidemiology and global perspectives. *Nat Rev Cardiol*. 2017; 14(3): 156-70.
2. Pita Fernández S, Modroño Freire MJ, Pértega Díaz S, Herrera Díaz L, Seoane Pillado T, Paz Solís A, et al. Validity of the Edinburgh claudication questionnaire for diagnosis of peripheral artery disease in patients with type 2 diabetes. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2017; 64(9): 471-9.
3. Cacione DG, Macedo CR, do Carmo Novaes F, Baptista Silva JC. Pharmacological treatment for Buerger's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 3(3): CD011033.
4. Markakis K, Bowling FL, Boulton AJ. The diabetic foot in 2015: an overview. *Diabetes Metab Res Rev*. 2016; 32(1): 169-78.
5. Megallaa MH, Ismail AA, Zeistoun MH, Khalifa MS. Association of diabetic foot ulcers with chronic vascular diabetic complications in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Metab Syndr*. 2019; 13(2): 1287-92.
6. Conde Montero E, Guisado Muñoz S, Perez Jeronimo L, Peral Vazquez A, Montoro Lopez JJ, Hocajada Reales C, et al. Martorell Hypertensive Ischemic Ulcer successfully treated with Puch Skin Grafting. *Wounds*. 2018; 30(2): e9-12.
7. Omarjee L. Ankle-brachial index for diagnosing peripheral arterial disease. *Radiographics*. 2017; 37(1): 362-3.
8. Liu S, Li P, Su H. Four-limb blood pressure measurement with an oscilometric device: a tool for diagnosing peripheral vascular disease. *Curr Hypertens Rep*. 2019; 21(2): 15.
9. De la Rubia Loriguillo AM. Disminución o ausencia de pulsos periféricos. Claudicación intermitente. En: Abanades Herranz JC, Abaurrea Ortiz MP, Abou-Hiais Fernández S, Abreu Galán MA, Admetlla Batlle J, Aguar Fernández M, et al, eds. Guía de actuación en Atención Primaria, Vol I. 4ª ed. Barcelona: semFYC; 2011. p. 256-63.
10. Schousboe J, Vo T, Langsetmo L. Abdominal Aortic Calcification (AAC) and Ankle-Brachial Index (ABI) predict health care cost and utilization in older men, independent of prevalent clinical cardiovascular disease and each other. *Atherosclerosis*. 2020; 295: 31-7.
11. Gaona ML, López JM. Atención al fumador. En: Abanades Herranz JC, Aburrea Ortiz MP, Abouhiais Fernández S, Abreu Galán MA, Admetlla Batle J, Aguar Fernández M, et al, eds. Guía de actuación en Atención Primaria. Vol. II. 4ª ed. Barcelona: semFYC; 2011. p. 567-72.