

Caso	(172) Isquemia arterial aguda en miembro inferior izquierdo de etiología incierta en paciente joven
Autores	Claudia Riestra Merchán, González-cárdenas E.; Fernández-garcía, Jfg; García-melgares Hernández J.c.; Cajal Campo B.; Herrero-huertas M.
Centro	Hospital Universitario Fundación Alcorcón

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 46 años fumador de 20 cigarrillos al día, hipertenso, con hábito enólico y obeso, refiere desde hace 6 días dolor e hipoestesia a nivel de gemelo izquierdo e imposibilidad de andar más de 100 metros.

En la exploración física destaca cianosis plantar y en la región distal de los dedos, palidez cutánea en el resto del pie y ausencia de pulso pedio ni poplíteo, con motilidad del MII discretamente disminuida.

La sospecha diagnóstica era de isquemia arterial aguda de probable origen embólico.

Se solicitó un Angio-TC de miembros inferiores, analítica, con discreta alteración de la coagulación, un electrocardiograma que fue normal y PCR cuyo resultado fue negativo en dos ocasiones.

Ante paciente joven con afectación a diferentes niveles en el Angio-TC, ECG negativo, resultado de PCR frente a SARS-Cov2 negativo y ausencia de etiología aneurismática en el Angio-TC, se realizó cultivo de la muestra obtenida tras la intervención quirúrgica por sospecha de probable embolismo séptico. El resultado del cultivo fue negativo, por lo que la etiología de los émbolos en MII de este paciente es aún incierto.

Se trató mediante embolectomía transfemoral, dificultada por fibrosis periadventicial y transpoplíteo en el MII. Ambas arteriotomías requirieron cierre con parches.

DISCUSIÓN

La isquemia aguda en miembros inferiores (< de 2 semanas desde el inicio de los síntomas) se define como una disminución brusca de la perfusión que supone una amenaza potencial a la viabilidad de dicha extremidad y cuya incidencia es de 1,5 casos por 10000 personas al año.

La isquemia arterial aguda puede ser de causa trombotica, embolica, traumática, inflamatoria, anatómica o iatrogénica.

Los síntomas son dolor, parestesias, pérdida de fuerza y parálisis y los signos son pulsos arteriales ausentes, palidez cutánea, disminución sensitiva y de fuerza.

La causa aguda embolica, como la sospechada en nuestro paciente, se presenta de manera dramática puesto que suele ocurrir en arterias sanas donde no se han establecido aún colaterales y el paciente suele presentar déficit neurosensorial además de palidez cutánea.

El déficit neurosensorial es uno de los primeros signos de isquemia aguda de extremidades porque los nervios sensitivos son los que se afectan inicialmente.

Las causas de embolismos en miembros inferiores son: causas cardíacas, siendo la fibrilación auricular la causa más frecuente y menos frecuentemente los embolismos producidos por tumores cardíacos o embolismos sépticos; arterioesclerosis; aneurismas aórticos y periféricos; embolismo paradójico; antecedentes de instrumentación, intervención endovascular o dispositivos de cierre arterial.

La obtención de un Angio-TC nos proporciona información sobre la localización del émbolo o placa de ateroma y la cuantifica, sirve para detectar enfermedad aneurismática y para definir el grado de colateralidad que existe. La información del TC también es útil para decidir el tipo de tratamiento que recibirá el paciente.

Los diferentes tratamientos incluyen anticoagulación, trombolisis guiada por catéter, trombectomía farmacomecánica, trombectomía mecánica percutánea e intervención quirúrgica.

La isquemia aguda tipo IIB, como la de nuestro paciente, se manifiesta como déficit motor y sensitivo y requiere tratamiento quirúrgico urgente, realizando embolectomía, by-pass quirúrgico o trombolisis guiada por catéter.

CONCLUSIÓN

El radiólogo debe estar familiarizado con este tipo de prueba y patología y debe ser consciente de la urgencia de esta, ya que un diagnóstico y tratamiento precoz tiene repercusión directa sobre la viabilidad de la extremidad.

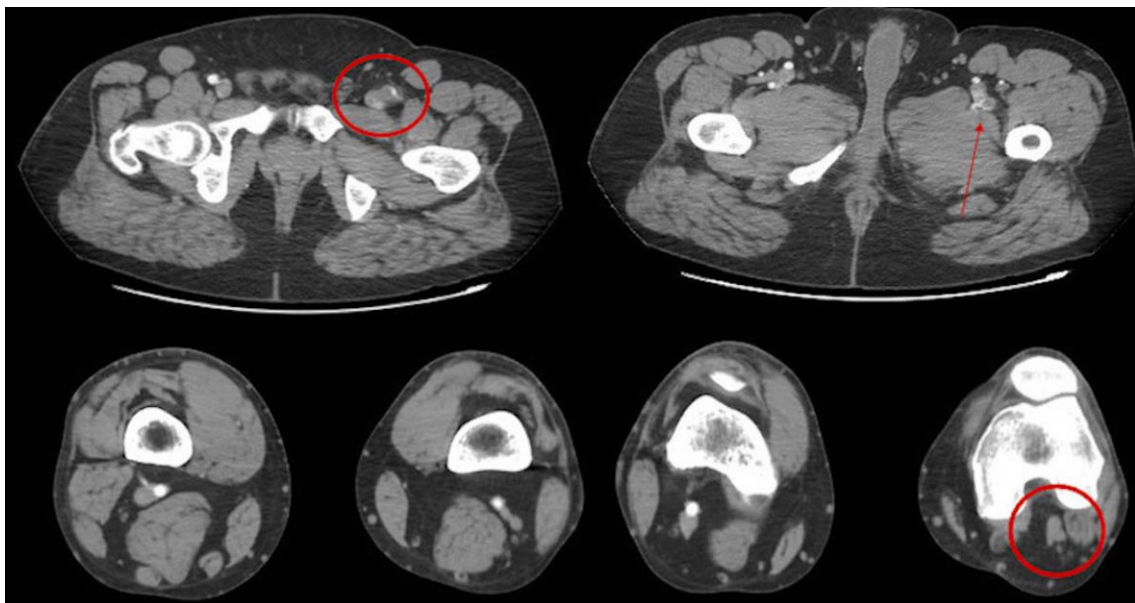


Figura 1. Angio-TC de miembros inferiores tras administración de CIV: Se identifica trombosis de arteria femoral común izquierda, origen de ambas arterias femorales profundas (el paciente presenta dos, como variante anatómica) y origen de arteria femoral superficial, con recanalización posterior. Oclusión de arteria poplítea en segunda porción, así como tres vasos distales.

BIBLIOGRAFÍA

- Santistevan JR. Acute Limb Ischemia: An Emergency Medicine Approach. *Emerg Med Clin North Am.* 2017;35(4):889-909. doi:10.1016/j.emc.2017.07.006

- McNally MM, Univers J. Acute limb ischemia. *Surg Clin North Am.* 2018;98(5):1081-1096. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039610918300665>. doi: <https://doi.org/10.1016/j.suc.2018.05.002>.

- Jonathan D Braun, M D. Embolism to the lower extremities. Up to Date. 2021. https://www-uptodate-com.m-hufa.a17.csinet.es/contents/embolism-to-the-lower-extremities?search=Arterial%20embolism%253A%20a%2044%20year%20perspective.&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3