



Angiología

www.elsevier.es/angiologia



ARTÍCULO ESPECIAL

Isquemia de miembros inferiores secundaria a ergotamina. Reporte de casos y revisión de literatura

J.E. Ferrari Ayarragaray, F.I. Rodríguez Endara*, K. Hachim y A. Piazza

Departamento de Cirugía Cardiovascular y Endovascular, Sanatorio Mitre, Buenos Aires, Argentina

Recibido el 10 de marzo de 2017; aceptado el 25 de mayo de 2017

PALABRAS CLAVE

Ergotismo;
Isquemia;
Vasodilatadores

Resumen El ergotismo es en la actualidad un trastorno raro, asociado a la administración iatrogénica de ergotamina en pacientes que padecen de cefaleas migrañosas. La intensidad del vasoespasmo que presenta esta entidad clínica en la mayoría de los casos resulta en isquemia aguda de las extremidades.

Presentamos 2 casos de isquemia aguda de las extremidades, en pacientes de sexo femenino, de mediana edad, con signos y síntomas que amenazaban la viabilidad de los miembros inferiores. El estudio por ultrasonido y la arteriografía (en el caso 1) confirmaron la presencia de espasmo arterial bilateral difuso. Inmediatamente se procedió a interrumpir la administración de ergotamina y se instauró terapia vasodilatadora. Los síntomas de las pacientes empezaron a mejorar a las 48-72 h de iniciado el tratamiento.

© 2017 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Ergotism;
Ischaemia;
Vasodilators

Lower limb ischaemia secondary to ergotamine. Case reports and a review of the literature

Abstract Ergotism is a rare disorder associated with the iatrogenic administration of ergotamine in patients with migraine headaches. The intense vasospasm that occurs in this clinical condition results in acute limb ischaemia in the majority of cases.

Two cases are presented of acute limb ischaemia in middle age female patients with signs and symptoms that threatened the viability of lower limbs. Duplex ultrasound and arteriography (in the first case) confirmed the presence of a bilateral diffuse arterial spasm. Ergotamine treatment was discontinued immediately and vasodilator therapy was administered. The patient's symptoms began to improve 48-72 h after starting therapy.

© 2017 SEACV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: freddyivan_r@hotmail.com (F.I. Rodríguez Endara).

Introducción

Ergotismo, o fuego de san Antonio, es en la actualidad un trastorno raro. Sin embargo, la ocurrencia subclínica o leves síntomas frecuentes debidos a los efectos tóxicos de los derivados de la ergotamina son aún observables. En la actualidad, la administración iatrogénica de ergotamina y las cefaleas migrañosas están asociadas y bien reconocidas en 3 tipos diferentes de intoxicación, descritas como: aguda secundaria a mecanismo alérgico, aguda debida a dosis excesiva y crónica ocasionada por tratamientos prolongados a dosis adecuadas¹⁻³. El intenso espasmo que presenta esta entidad clínica en la mayoría de los casos resulta en isquemia arterial aguda de los miembros inferiores²⁻⁵. A pesar de que las características clínicas y el tratamiento del ergotismo es discutido, el tratamiento de elección es suspender la medicación y administrar terapia vasodilatadora^{1,6}. Presentamos 2 casos de isquemia aguda en pacientes de edad media con síntomas y signos de compromiso grave de las extremidades inferiores.

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 40 años que acudió a Urgencias con isquemia grave de ambos miembros inferiores luego de 10 días de presentar dolor progresivo acompañado de alteración de la sensibilidad y disminución de la movilidad. Tenía el antecedente de padecer cefaleas migrañosas, para lo cual tomaba medicación compuesta de tartrato de ergotamina y cafeína por períodos prolongados. Además, tenía un estilo de vida sedentario, hipertensión arterial tratada con enalapril y consumía tabaco (aproximadamente 20 cigarrillos al día). No presentaba historia de enfermedad vascular del colágeno.

Al examen clínico, la paciente se presentó con severo dolor en reposo en las caras ventrales de ambos pies y en las caderas, sin movilidad de los dedos, hipoestesia de ambas piernas y pérdida de la sensibilidad plantar bilateral. Ambas extremidades estaban frías y los pulsos femorales no eran palpables.

Al ultrasonido se observó reducción crítica de la perfusión, vasoconstricción generalizada por debajo de la línea inguinal con reducción del flujo femoral, sin flujo en las arterias tibiales. La arteriografía confirmó la presencia de espasmo vascular difuso bilateral manifestado como arterias filiformes sin signos de circulación colateral ni oclusión arterial segmentaria (fig. 1).

Con los hallazgos clínicos y angiográficos, presumimos espasmo vascular y decidimos suspender inmediatamente el tratamiento con ergotamina y empezar terapia vasodilatadora. Fue administrada prostaglandina E1 (alprostadil 60 mcg/día) por vía intravenosa en infusión continua durante 4 días. Dada la gravedad del cuadro, se practicó bloqueo simpático con bupivacaína (0,5%), con una dosis de carga de 5 cc seguida de infusión continua a 3 mL/h vía catéter epidural durante 48 h. Se incluyó tratamiento con heparina y pentoxifilina intravenosa.

Los síntomas empezaron a mejorar luego de 48-72 h de haber iniciado el tratamiento: disminuyó el dolor de reposo, desapareció la coloración lívida y se presentó una hiperemia



Figura 1 Angiografía inicial: estenosis severa de las arterias femorales superficial y profunda con presencia de vasos colaterales.

reactiva. Reaparecieron los pulsos y mejoró la movilidad de ambos pies. Al final del 8.º día de tratamiento continuo, la ecografía era normal.

Se realizó una nueva arteriografía después del alta, con el objetivo de valorar la permeabilidad del lecho arterial que previamente se había mostrado ocluido. La arteriografía mostró arterias normales y se descartaron enfermedades arteriales asociadas (fig. 2). La angiografía resonancia toracoabdominal permitió descartar vasculitis de otra etiología o trastorno del colágeno.

La paciente continuó con pentoxifilina (400 mg c/8 h) durante 3 meses. Se restableció la sensibilidad en los dedos. Sin embargo, el electromiograma reveló un déficit



Figura 2 Después del tratamiento vasodilatador, la angiografía demostró que el espasmo arterial había desaparecido. Se visualizan las arterias femoral superficial y profunda permeables.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8652194>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8652194>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)