



## IMÁGENES EN DERMATOLOGÍA

### Pie de langosta

### Lobster foot

N. Silvestre Torner<sup>a,\*</sup>, A. Imbernón Moya<sup>a</sup> y J. Rodríguez Padilla<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España



Figura 1

Un varón de 86 años, con antecedente personal de cardiopatía isquémica, acudió a la consulta con un cuadro clínico constituido por un edema y eritema en el pie izquierdo acompañados de un intenso dolor de reposo asociado, de 4 meses de evolución. En la exploración dermatológica presentaba una placa úlcero-necrótica, de bordes bien definidos, a nivel distal del segundo dedo del pie izquierdo (fig. 1). El pulso femoral izquierdo era débil y el resto de pulsos distales, ausentes.

La angio-TAC arterial mostró una ateromatosis calcificada extensa y unas estenosis múltiples bilaterales significativas en todo el trayecto de las arterias femorales superficiales y



Figura 2

poplíteas (fig. 2). Con el diagnóstico de una isquemia crónica clase 5 de Rutherford del miembro inferior izquierdo, se amputó el segundo dedo del pie y se desestimó la revascularización por deseo del paciente.

La isquemia crítica representa la fase avanzada de la arteriopatía periférica obstructiva crónica. Se caracteriza por la presencia de dolor isquémico de reposo y/o pérdida tisular, en forma de úlceras arteriales o gangrena. Además, la extremidad afecta, puede adoptar por la vasodilatación cutánea extrema, una coloración rojo brillante persistente que no revierte con la elevación del miembro, conocida como eritromelalgia fija o «pie de langosta». La isquemia crítica requiere una revascularización precoz con el objetivo de mantener la viabilidad del miembro.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [nicolassilvestretorner@gmail.com](mailto:nicolassilvestretorner@gmail.com)  
(N. Silvestre Torner).