

Enfermedad arterial no coronaria (VIII)

## Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos

Francisco J. Serrano Hernando y Antonio Martín Conejero

Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una de las afecciones más prevalentes y es habitual la coexistencia con enfermedad vascular en otras localizaciones. El diagnóstico precoz es importante para poder mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el riesgo de eventos secundarios mayores, como el infarto agudo de miocardio (IAM) o el ictus. El mejor test no invasivo para diagnosticar la presencia de EAP es el índice tobillo-brazo que, además, tiene valor pronóstico para la extremidad afectada y para el desarrollo de IAM durante el seguimiento. La claudicación intermitente de los miembros inferiores es la forma más frecuente de presentación clínica. La presencia de isquemia crítica (dolor en reposo o lesiones tróficas) implica la necesidad de tratamiento de revascularización precoz, por el elevado riesgo de pérdida de la extremidad. El pronóstico del procedimiento realizado es mejor cuanto más proximal sea el sector arterial afectado. El tratamiento endovascular se reserva habitualmente para las lesiones más segmentarias y tiene peor resultado en las oclusiones arteriales. En lesiones más extensas, la cirugía convencional suele ser la mejor alternativa.

**Palabras clave:** *Enfermedad arterial periférica. Índice tobillo-brazo. Revascularización de miembros inferiores. Riesgo cardiovascular.*

### Peripheral Artery Disease: Pathophysiology, Diagnosis and Treatment

Peripheral artery disease is one of the most prevalent conditions, and it frequently coexists with vascular disease in other parts of the body. Early diagnosis is important for improving the patient's quality of life and for reducing the risk of serious secondary vascular events such as acute myocardial infarction (AMI) or stroke. The best noninvasive measure for identifying the presence of occlusive arterial disease is the ankle-brachial index, which can also be used to indicate the prognosis of the affected extremity and to predict the likelihood of AMI during follow-up. Intermittent claudication in the lower limbs is the most common clinical presentation. The presence of critical ischemia (i.e., with rest pain or trophic changes) indicates the need for prompt revascularization because of the high risk of limb amputation. The more proximal the affected arterial segment, the better the outcome of the procedure. Endovascular treatment is usually reserved for lesions affecting multiple segments. It gives poorer results in occluded arteries. In extensive disease, conventional surgery is usually the best option.

**Key words:** *Peripheral artery disease. Ankle-brachial index. Lower limb revascularization. Cardiovascular risk.*

Full English text available from: [www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org)

### EPIDEMIOLOGÍA

La enfermedad arterial periférica (EAP) afecta a un 15-20% de los sujetos mayores de 70 años<sup>1-3</sup>, si bien es probable que su prevalencia sea aún mayor si analizamos a los sujetos asintomáticos. La prueba diagnóstica realizada en mayor medida para analizar a la población asintomática es el índice tobillo-brazo (ITB). En sujetos sintomáticos, el ITB < 0,9 tiene una sensibilidad

> 95% y una especificidad próxima al 100% en comparación con la arteriografía<sup>4</sup>. Cuando se compara a enfermos con EAP con controles de igual edad, la incidencia de mortalidad cardiovascular es del 0,5% en controles y del 2,5% en los pacientes con EAP. Además, en los pacientes con enfermedad coronaria conocida, la presencia de EAP eleva el riesgo de muerte un 25% con respecto a los controles. Por todo esto es importante la búsqueda de la EAP incluso en pacientes asintomáticos, para controlar precozmente los factores de riesgo y reducir la mortalidad<sup>4</sup>.

Sección patrocinada por el Laboratorio Dr. Esteve

Correspondencia: Dr. F.J. Serrano-Hernando.  
Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Clínico San Carlos.  
Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid. España.  
Correo electrónico: [fserrano.hcsc@salud.madrid.org](mailto:fserrano.hcsc@salud.madrid.org)

### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Los denominados factores de riesgo mayores son los que han sido determinados a partir de grandes es-

## ABREVIATURAS

EAP: enfermedad arterial periférica.  
HDL: lipoproteína de alta densidad.  
ITB: índice tobillo-brazo.  
LDL: lipoproteína de baja densidad.  
PCR: proteína C reactiva.  
PVR: onda de volumen de pulso.

tudios epidemiológicos y son concordantes con los factores de riesgo para enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica. Algunos estudios han confirmado que los factores de riesgo mayores (diabetes, hipertensión, tabaquismo e hiperlipemia) están implicados en un 80-90% de las enfermedades cardiovasculares<sup>5,6</sup>.

### Sexo

La prevalencia de la EAP, tanto sintomática como asintomática, es mayor en varones que en mujeres, sobre todo en la población más joven, ya que en edades muy avanzadas prácticamente no se alcanzan diferencias entre ambos grupos. Además, la prevalencia en los varones es mayor en los grados de afectación más severa (isquemia crítica).

### Edad

Es el principal marcador de riesgo de EAP. Se estima que la prevalencia de claudicación intermitente en el grupo de 60-65 años es del 35%. Sin embargo, en la población 10 años mayor (70-75 años), la prevalencia se incrementa hasta alcanzar un 70%.

### Tabaco

En algunos estudios<sup>4</sup> se ha encontrado una asociación más fuerte entre el abuso de tabaco y la EAP que entre el abuso de tabaco y la cardiopatía isquémica. Además, los fumadores más severos no sólo tienen un mayor riesgo de EAP, sino que presentan las formas más graves que ocasionan isquemia crítica<sup>7-9</sup>. El abandono del tabaco se ha acompañado de una reducción en el riesgo de EAP<sup>10</sup> y se ha comprobado que, aunque el riesgo de experimentar EAP en ex fumadores es 7 veces mayor que en no fumadores, en los fumadores activos es 16 veces más elevado<sup>11</sup>. Por otra parte, la permeabilidad tanto de los injertos de derivación aortocoronaria venosos como de los protésicos se reduce en pacientes fumadores. La tasa de amputaciones y la mortalidad también son mayores en sujetos fumadores<sup>7</sup>.

### Diabetes

La diabetes es un factor de riesgo no sólo cualitativo, sino cuantitativo, ya que por cada aumento del 1% de la hemoglobina glucosilada se produce un incremento del 25% en el riesgo de EAP<sup>12</sup>. La afectación de vasos distales de las extremidades es típica y, junto con la microangiopatía y la neuropatía, que implican una mala respuesta a la infección y un trastorno específico de la cicatrización, condicionan un riesgo de amputación hasta 10 veces superior al de los pacientes no diabéticos. Cabe destacar que en los pacientes diabéticos pueden obtenerse valores anormalmente altos de presión en el tobillo y, por tanto, falsos negativos en la valoración del ITB.

### Hipertensión

Su importancia como factor de riesgo es inferior a la diabetes o el tabaquismo. No obstante, se considera que el riesgo de EAP es el doble en los pacientes hipertensos que en los controles.

### Dislipemia

En varios estudios epidemiológicos se ha demostrado que la elevación del colesterol total y el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) y el descenso del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) se asocian con una mayor mortalidad cardiovascular. Factores de riesgo independientes para el desarrollo de EAP son el colesterol total, el cLDL, los triglicéridos y la lipoproteína (a). En el estudio de Framingham se comprobó que el cociente colesterol total/cHDL fue el mejor predictor de EAP. Se ha comprobado que el tratamiento de la hiperlipemia reduce la progresión de la EAP y el desarrollo de isquemia crítica.

### Hiperhomocisteinemia

Las alteraciones en el metabolismo de la homocisteína constituyen un importante riesgo de arterosclerosis y, en especial, de EAP<sup>13</sup>. Hasta un 30% de los pacientes jóvenes con EAP presenta hiperhomocisteinemia. El mecanismo de acción podría ser doble: por una parte, promover la oxidación del cLDL y, por otra, inhibir la síntesis de óxido nítrico.

### Marcadores inflamatorios

Los valores de proteína C reactiva (PCR) en los pacientes con EAP establecida se han mostrado como un marcador de riesgo de futuros eventos cardiovasculares. El riesgo de infarto de miocardio durante el seguimiento de los pacientes con EAP avanzada susceptibles de tratamiento quirúrgico parece estar condicionado

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3015946>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3015946>

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