



Síndrome de isquemia crónica de las extremidades inferiores

E.M. San Norberto García, J.A. Brizuela Sanz, B. Merino Díaz y C. Vaquero Puerta

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Palabras Clave:

- Aterosclerosis
- Enfermedad arterial periférica
- Claudicación intermitente
- Gangrena
- Procedimientos quirúrgicos vasculares
- Procedimientos endovasculares

Keywords:

- Atherosclerosis
- Peripheral arterial disease
- Intermittent claudication
- Gangrene
- Vascular surgery procedures
- Endovascular procedures

Resumen

La isquemia crónica de extremidades está creciendo en prevalencia y su incidencia aumenta con la edad, afectando al 20 % de la población mayor de 60 años. La incidencia es mayor en fumadores, diabéticos y cardiopatas. El síntoma inicial más común es la claudicación intermitente. La forma más grave o isquemia crítica puede presentarse con dolor de reposo, úlceras, pérdida de tejido y/o gangrena. Esta forma se asocia con un mayor porcentaje de pérdida de extremidad, morbilidad y mortalidad. Una historia detallada debería identificar la presencia y gravedad de la claudicación intermitente, así como cualquier isquemia crítica. El examen físico debe centrarse en la palpación de los pulsos y en la búsqueda de signos de isquemia como las úlceras. La primera prueba diagnóstica es la obtención del índice tobillo/brazo. Los cambios del estilo de vida son fundamentales. Está indicado el tratamiento con medicamentos, cirugía abierta o procedimientos endovasculares en pacientes seleccionados.

Abstract

Chronic limb ischemia

Chronic limb ischemia is growing in prevalence and its incidence increases with age and up to 20 % of people aged over 60. The incidence is also high in smokers, diabetes patients, and those with coronary disease. The most common initial symptom is intermittent claudication. More severe or critical limb ischaemia can present with pain at rest, ulceration, tissue loss and/or gangrene. This severe form is associated with high rates of limb loss, morbidity and mortality. A focused history should identify the presence and severity of intermittent claudication and any critical limb ischaemia. Examination should concentrate on the palpation of lower limb pulses and look for signs of critical ischaemia such as ulceration. The key primary care investigation in suspected peripheral arterial disease is measurement of the ankle brachial pressure index. Lifestyle interventions are a key component of management. Pharmacological treatment, open surgery and endovascular procedures are indicated in selected patients.

Definición

La isquemia arterial crónica (IAC) aparece en un espectro clínico caracterizado por ser una enfermedad asintomática, presentar claudicación o isquemia crítica. Habitualmente su origen radica en la aterosclerosis. Otras causas de isquemia de extremidades incluyen las secuelas embólicas o trombóticas de aneurismas periféricos, embolización del corazón o de

arterias proximales, disección arterial, casos de síndrome de atrapamiento poplíteo, enfermedad quística adventicial o tromboangiitis obliterante (tabla 1).

La IAC es producida por la aterosclerosis que da lugar a una estenosis y oclusiones arteriales de los vasos principales que irrigan las extremidades inferiores. Los pacientes con claudicación intermitente presentan un flujo sanguíneo normal en reposo (y por tanto no tienen síntomas en la extremi-

TABLA 1

Etiología de las lesiones arteriales oclusivas de la extremidad inferior

Aterosclerosis	Atrapamiento poplíteo
Arteritis	Tumores vasculares primarios
Coartación de aorta congénita o adquirida	Pseudoxantoma elástico
Endofibrosis de arteria ilíaca externa	Antecedente remoto de traumatismo
Displasia fibromuscular	Lesión de irradiación
Embolias periféricas	Enfermedad de Takayasu
Aneurisma poplíteo	Tromboangiitis obliterante (enfermedad de Buerger)
Quiste adventicial de la arteria poplíteo	Trombosis de arteria ciática persistente

dad en reposo). Con el ejercicio, las lesiones oclusivas de los vasos arteriales de los músculos de la pierna limitan el aumento del flujo sanguíneo, con lo que se produce un desacoplamiento entre el aporte de oxígeno y la demanda metabólica del músculo, que se asocia al síntoma de claudicación. Las anomalías metabólicas adquiridas del músculo de la extremidad inferior contribuyen también a reducir la capacidad de ejercicio en la IAC¹.

La mayoría de los pacientes están asintomáticos o presentan una leve claudicación. La claudicación se asocia generalmente con una historia natural favorable. Aproximadamente uno de cada cuatro pacientes experimentará un incremento de los síntomas con el tiempo, precisando la revascularización menos del 20 % de los pacientes en los siguientes 10 años y un porcentaje de amputación entre el 1 % y el 7 % en seguimientos de 5 a 10 años. La historia natural es menos favorable si el índice tobillo-brazo (ITB) es bajo (menor de 0,90), si el paciente continúa fumando o si es diabético.

Se define la isquemia crítica de las extremidades como un dolor de reposo persistente que requiere analgesia durante al menos 2 semanas, ulceración o gangrena de los pies o los dedos y una presión sistólica a nivel del tobillo menor de 50 mm Hg o una presión sistólica en los dedos menor de 30 mm Hg.

La mortalidad asociada a pacientes con claudicación es del 50 % a 5 años, y para pacientes con isquemia crítica de extremidades se eleva hasta el 70 %. Esta elevada mortalidad se asocia comúnmente a enfermedad cardíaca, por lo que debe ser vigilada estrechamente en estos pacientes.

Los factores de riesgo para la enfermedad arterial periférica (EAP) son la raza (negros), sexo (varones), edad, tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemia, marcadores inflamatorios (PCR), hipercoagulabilidad, hiperhomocisteinemia e insuficiencia renal crónica.

Dado que la EAP es una manifestación de la aterosclerosis como la enfermedad coronaria y la enfermedad arterial cerebral, no es de extrañar que los tres trastornos se den con frecuencia juntos². Entre un 40 % y un 60 % de los pacientes con IAC de extremidades poseen enfermedad coronaria, y entre el 26 % y el 50 % se observa enfermedad arterial carotídea.

Etiología

Los pacientes con EAP tienen múltiples factores de riesgo para la aterosclerosis y presentan una enfermedad ateroscle-

rótica extensa que les sitúa en un riesgo notablemente elevado de sufrir episodios cardiovasculares, de manera similar a lo que ocurre con los pacientes con una enfermedad coronaria establecida. De tal forma, debe establecerse una *modificación de los factores de riesgo aterosclerótico* en estos pacientes que enumeramos a continuación¹.

Dejar de fumar

A todos los pacientes que fuman se les debe recomendar claramente y de manera repetida que dejen de fumar. Debe aplicarse un programa de recomendación médica, sesiones de grupo y sustitución de nicotina. Las tasas de abandono del tabaco pueden aumentarse con la adición de un tratamiento con un fármaco antidepresivo (bupropión), vareniclina y una sustitución de nicotina³.

Reducción de peso

Con el objetivo de un índice de masa corporal menor de 25 kg/m².

Hiperlipidemia

En todos los pacientes con EAP sintomática debe reducirse el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL) a un valor inferior a 100 mg/dl. En los pacientes con EAP y antecedentes de enfermedad vascular en otros lechos vasculares, es razonable reducir las concentraciones de LDL por debajo de 70 mg/dl. La intervención inicial para controlar las concentraciones de lípidos anormales debe ser una modificación de la dieta, y en caso de precisar medicación, las estatinas son la medicación primaria para reducir las concentraciones de colesterol LDL. Debe contemplarse el uso de fibratos y/o niacina para elevar las concentraciones de colesterol HDL y reducir las de triglicéridos en los pacientes con EAP que presentan anomalías de estas fracciones lipídicas⁴.

Hipertensión arterial

En todos los pacientes con EAP e hipertensión se debe controlar la tensión arterial hasta un valor menor de 140/90 mm Hg o hasta un valor menor de 130/80 mm Hg si hay también diabetes o insuficiencia renal. Debe contemplarse el uso de tiazidas e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) como fármacos iniciales para reducir la presión arterial (PA). Los bloqueadores beta no se encuentran contraindicados⁵.

Diabetes mellitus

En los pacientes con EAP debe realizarse un control estricto de las cifras de glucemia con un objetivo de hemoglobina A1c menor de 7,0 % o lo más próximo posible al 6 %⁶.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805869>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805869>

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