

SESIÓN CLÍNICA

CS ELVIÑA-MESOIRO

Laura Rois Donsión R1

Varón de 66 años acude por **herida dolorosa a nivel** del 5º dedo del **pie** sin traumatismo previo .

Además refiere **dolor** en la misma extremidad **tras caminar** 50-100 metros.

Antecedentes personales de interés :

- Fumador
- Diabético tipo II sin analítica de control desde hace 5 años, en tratamiento con metformina
- Sobrepeso

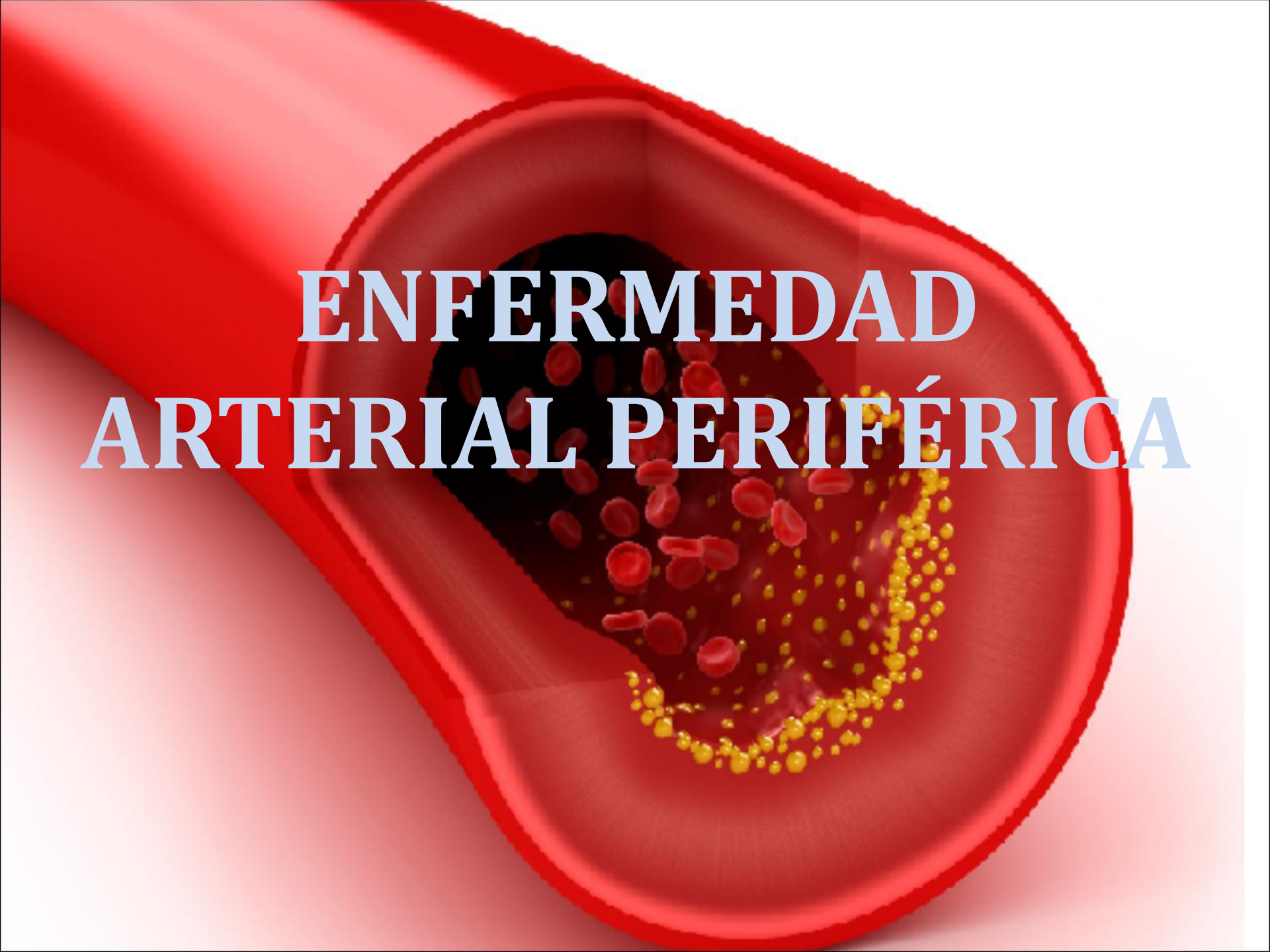


Exploración física:

- Datos de infección entre 4º-5º dedo del pie
- Palidez y frialdad en dicha extremidad
- No palpamos pulsos**



ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA



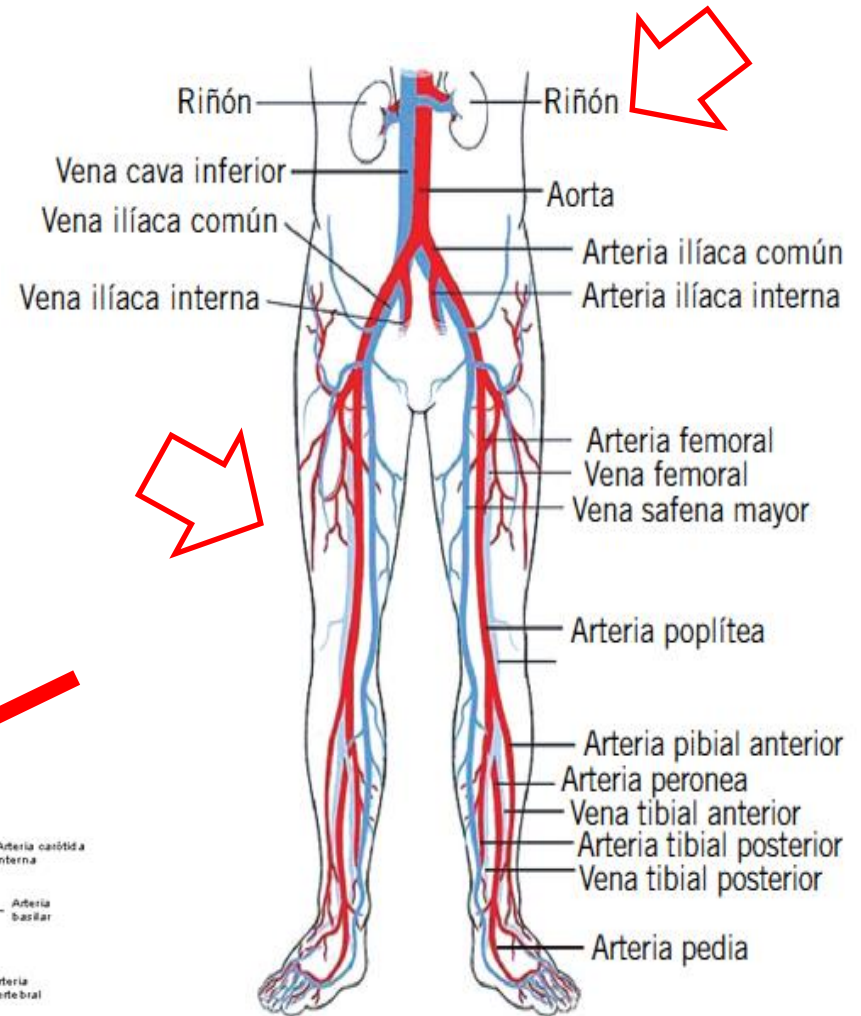
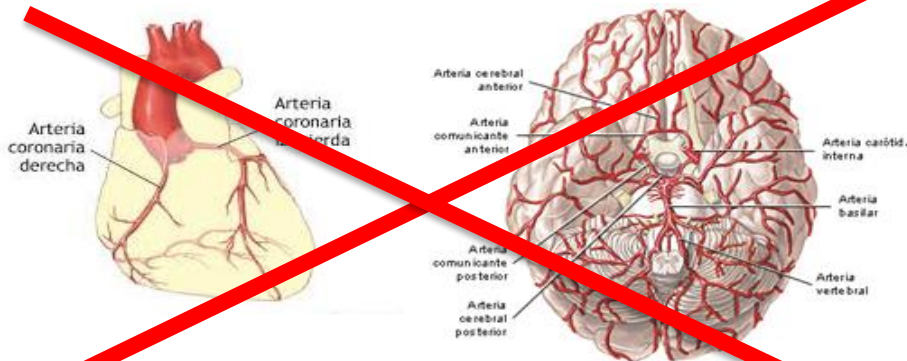
DEFINICIÓN

- **Enfermedad arterial periférica (EAP):**

Entidad clínica en la que hay estenosis u oclusión de las arterias, **excluyendo** las coronarias y las cerebrales



Isquemia aguda / crónica



EPIDEMIOLOGÍA

- **Muy frecuente** , prevalencia aumenta con la edad (12-18% en la población de entre 60-90 años)
- **Infradiagnosticada:** **4-25%** de casos cursan de forma silente, principalmente en pacientes con otras enfermedades cardiovasculares y DM tipo 2
- $\sigma > \varphi$. Se iguala en edades avanzadas
- σ : más grave.



GRUPOS DE RIESGO PARA LA EAP DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

(American College of Cardiology /American Heart Association) :

- - Edad ≥ 70 años
 - Edad 50 a 69 años con antecedentes de tabaquismo o de diabetes
 - Edad 40 a 49 años con diabetes y al menos otro factor de riesgo para la aterosclerosis
 - Síntomas sugestivos de claudicación con el esfuerzo o el dolor isquémico en reposo
- - Examen de pulso anormal de las extremidades inferiores
 - Aterosclerosis conocida en otros sitios (coronarias , carótida , enfermedad de la arteria renal...)

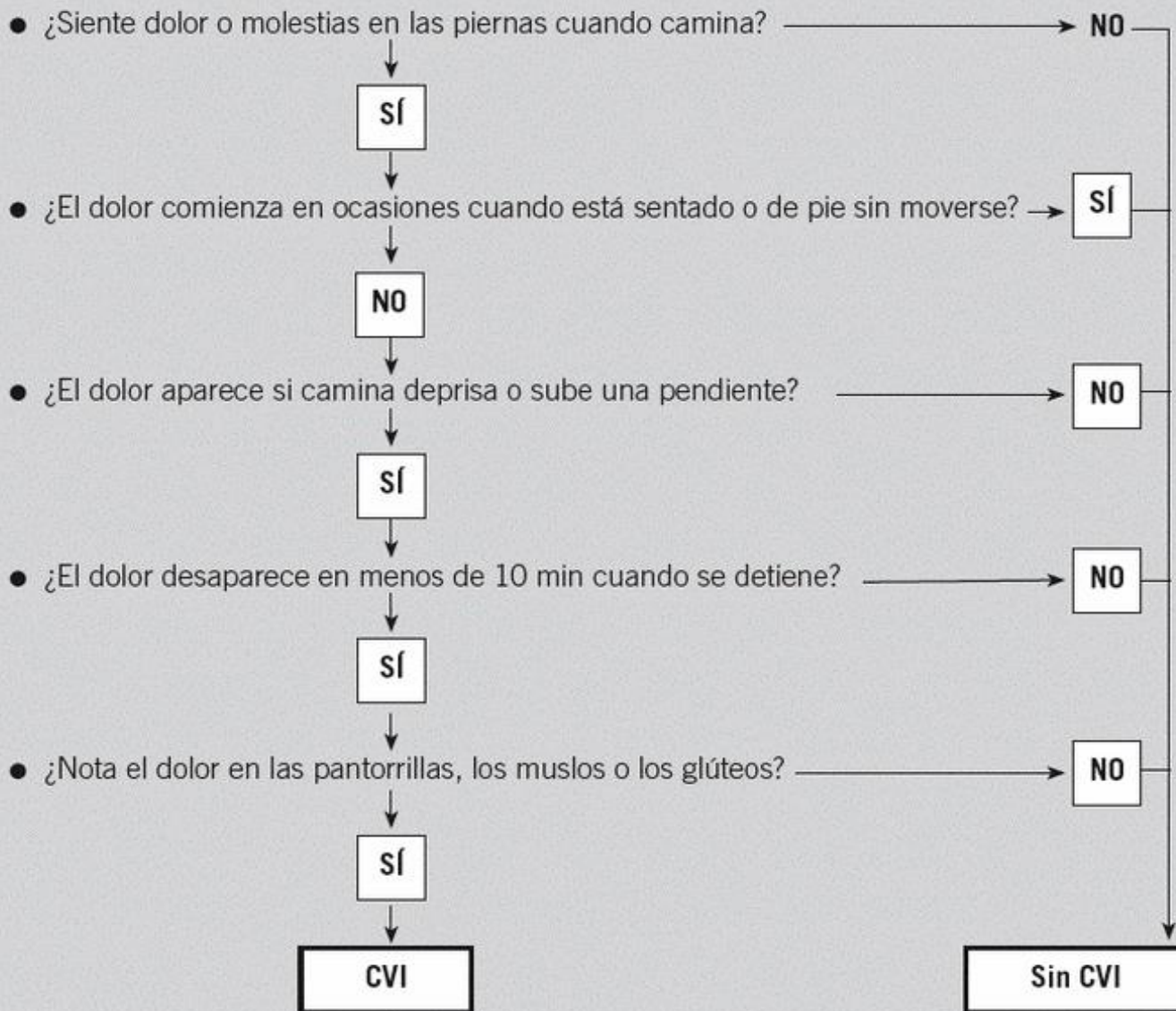
Claudicación

- Presencia
- Dolor
- **Desa**
- Localización

— 0
m

Cla

— 0
— 0
— 0



- Dolor en pantorrillas → CVI definida
- Dolor sólo en muslos o glúteos → CVI atípica



CLÍNICA.

Asintomática :

- Estratificación del riesgo

Dolor atípico:

- No se resuelve con el reposo
- No limita de forma constante el ejercicio
- No cumple todos los criterios del cuestionario de Edimburgo

Isquemia Crítica :

- Dolor en reposo , úlceras o gangrena
 - Dolor intenso, nocturno o continuo si grave, en parte distal del pie o cerca de una úlcera . ↑ al elevar la pierna y el frío , cede en declive (riesgo edema). A veces lancinante por neuropatía isquémica
 - Gangrena : si no se infecta forma una escara (“momificación”)

OLLO !!!!

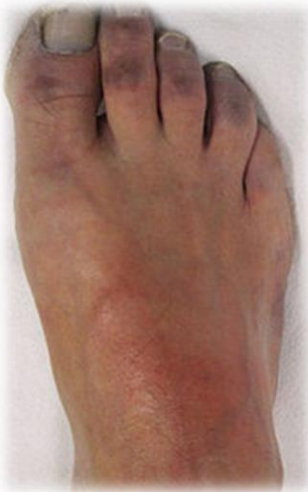


- Asintomática 4- 25%
- Claudicación clásica 10-35%
- Dolor atípico 30-40%
- Isquemia crítica 1-3%

CLINICA. EXPLORACIÓN FÍSICA

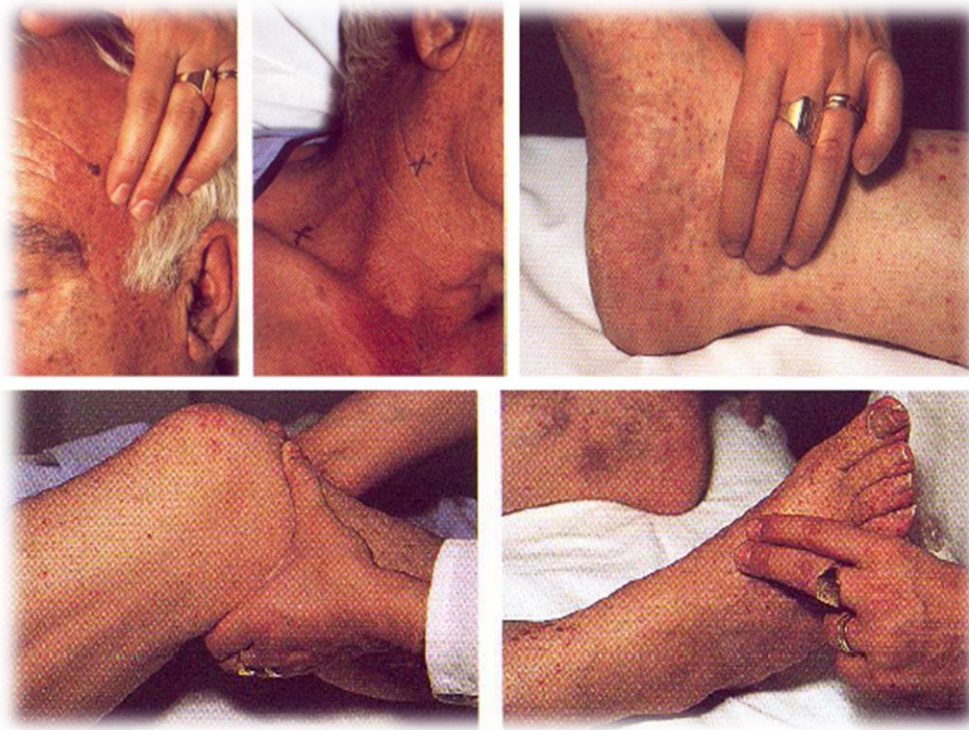


- **Piel fría, brillante**
- **Cambios en la coloración** : palidez o cianosis al elevar la extremidad , hiperemia reactiva con el declive
- **Cambios tróficos**: ausencia de vello, atrofia muscular, engrosamiento de las uñas, úlceras que tardan en cicatrizar
- Si isquemia crítica : úlceras, gangrena



CLÍNICA. EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Palpación de pulsos :** disminuidos o ausentes por debajo de la estenosis:



- **Auscultación:** soplos por la estenosis

CLÍNICA.

Estratificación clínica de la enfermedad arterial periférica según la clasificación de Fontaine o Rutherford

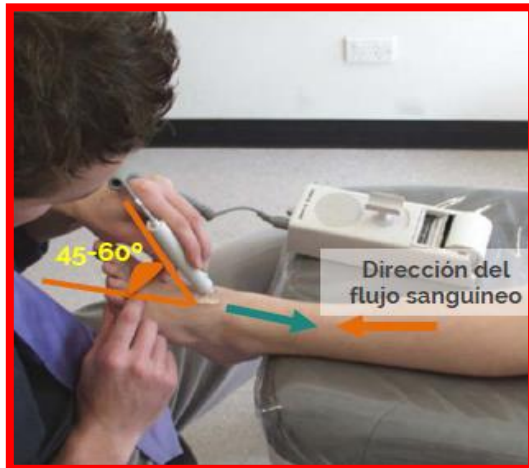
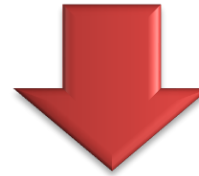
Clasificación de Fontaine		Clasificación de Rutherford			
Estadio	Síntomas	↔	Grado	Categoría	Síntomas
I	Asintomático		0	0	Asintomático
IIa	CI > 150 m	↔	I	1	Claudicación leve
IIb	CI < 150 m		I	2	Claudicación moderada
			I	3	Claudicación grave
III	Dolor isquémico en reposo	↔	II	4	Dolor isquémico en reposo
IV	Ulceración o gangrena	↔	III	5	Menor pérdida de tejido
			III	6	Mayor pérdida de tejido

AMF 2012;8(8):461-465

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Índice tobillo/brazo (ITB):**

- **Primera** prueba a realizar: sencilla, accesible, alta S y E
- Compara la presión sistólica del miembro inferior con la del miembro superior



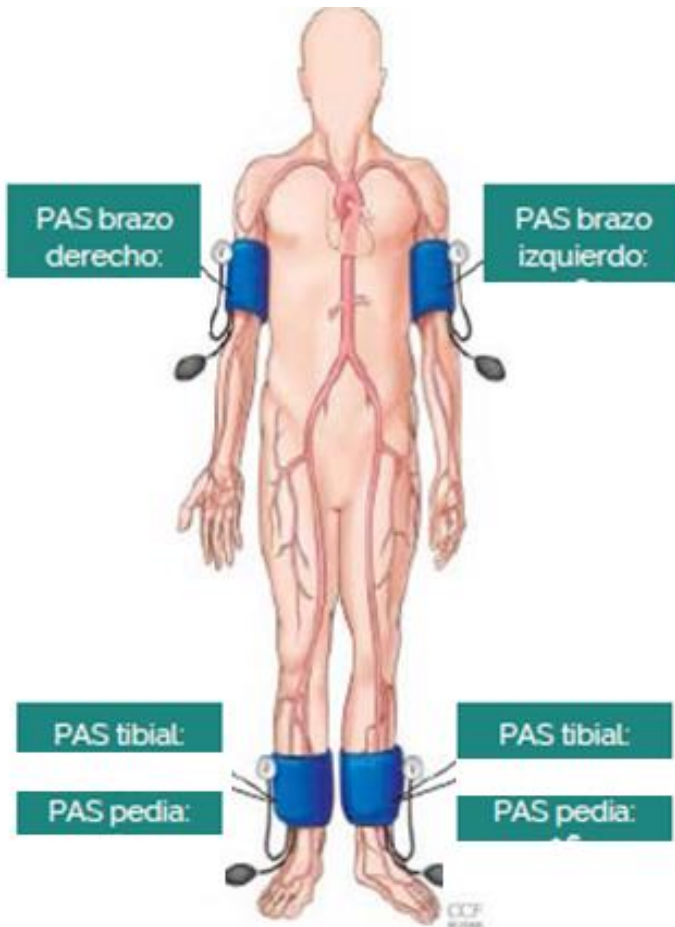
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Indice tobillo brazo- Cálculo



PAS EEII

PAS más alta de ambos brazos



Valores del índice tobillo brazo

ITB	Significación clínica
> 1,4	Calcificación
0,9-1,4	Normal
0,9-0,7	EAP leve: claudicación no incapacitante
0,7-0,5	EAP moderada: claudicación incapacitante
< 0,5	EAP grave: dolor en reposo

AMF 2012;8(8):461-465

!!! ITB < 0,9 es indicativo de arteriopatía periférica !!!

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Indicaciones de ITB

1. Síntomas sugestivos de Claudicación Intermitente
2. Heridas que no cicatrizan
3. Todos los pacientes ≥ 65 años
4. Todos los pacientes ≥ 50 años Diabéticos o Fumadores.
5. Pacientes con FRCV y RCV intermedio sin clínica de claudicación para determinar presencia de EAP asintomática

OTRAS Pruebas de imagen:

- Eco-Doppler
- Angiografía mediante RM
- Arteriografía

**DEDIDIR LA TÉCNICA
QUIRÚRGICA SI
REVASCULARIZACIÓN**

!!! Control de los factores de riesgo CV!!!

- **Abandono del tabaco !!!**
- Ejercicio físico : 30-45 min, 3-5 veces por semana. Caminar hasta dolor
- Control de la TA < 140/90
- Control del colesterol: LDL <100, o 70 si enfermedad vascular múltiple
- Control DM: HbA1c < 7%

!!! La EAP se considera un equivalente de riesgo coronario y por tanto debe cumplir los objetivos de prevención secundaria en el control de los factores de riesgo !!!



MEDIDAS TERAPEUTICAS

- **Si ITB <1: tto médico.**
- **Si en revisión a los 3 meses ITB <0,7 : derivación**

**Si ITB <0,5
DERIVACIÓN URGENTE**

Antiagregación (AAS 75-100 mg/día):

- ↓ Morbimortalidad en EAP sintomática (poca evidencia en los asintomáticos).
- Mejoran poco los síntomas de la claudicación
- No se recomiendan Anticoagulantes

Cuidado de pies y uñas



MEDIDAS TERAPEUTICAS

- **Cilostatol (Ekistol®, Pletal®):**

- Inhibidor de la fosfofesterasa III : $\uparrow$ AMPc $\Rightarrow$ vasodilatación y antiagregación
- Ha demostrado mejorar la distancia caminada pero provoca numerosos efectos secundarios :cefaleas, diarreas, equimosis, palpitaciones etc
- **SI** en $\Rightarrow$ pacientes con claudicación intermitente en los que los cambios en el estilo de vida NO han sido eficaces
- **NO** en $\Rightarrow$ IAM ultimos 6 meses, angina inestable, taquiarritmia, IC, doble antiagregacion , anticoagulantes,

- **Pentoxifilina (Hemovas®) :**

- Inhibidor de la fosfodiesterasa. Varios mecanismos de acción
- No claras evidencias de su eficacia

- **Naftidrofurilo (Praxilene):** Mejora de la distancia caminada con escasos efectos secundarios GI pero se desconoce su eficacia y seguridad a largo plazo

- **Otros** : nicergolina, prostaglandinas, terapia hormonal sustitutiva, vit amina E, ginkgo Biloba

- **En investigación:** terapia con células madre

**EVITAR
vasodilatadores
directos:
fenómeno de robo**



MEDIDAS TERAPEUTICAS

- Revascularización :
 - No respuesta al tto médico y farmacológico + síntomas incapacitantes
 - Elección del tipo de revascularización según gravedad, edad y estado de salud del paciente:
 - Endovascular
 - Cirugía convencional



	Arterial	Venosa	Ciatalgia	Estenosis canal lumbar	Osteoarticular
Antecedentes	Edad Tabaco DM HTA	TVP Factores riesgo trombosis venosa	Dolor lumbar Esfuerzos	Dolor lumbar Osteartrosis	Edad Osteoartrosis
Localización dolor	Distal a la oclusión , más frec nalga, muslo , región gemelar	Distal a la oclusión venosa	Glúteo, irradiación a pierna/pie	Ambas EEII	Articulaciones con irradiación muscular
Características del dolor	Calambre, malestar, dolor, debilidad con el ejercicio	Compresivo , sensación de pesadez	Agudo, lancinante, irradiado, con pérdida de fuerza y sensibilidad, +/- alteracion reflejos	Debilidad muscular más que dolor intenso	Mecánico
Empeora	Después de cierto grado de ejercicio	Bipedestación estática, después de caminar, final del día	Hiperextensión EEII	Extensión del tronco Bipedestación	Subir y bajar escaleras Reposo prolongado
Mejora	Rápidamente con el reposo	Reposo Elevar EEII	No se alivia rápidamente , A menudo se presenta en reposo	No cede con el reposo Mejora con la flexión del tronco	Paulatinamente al andar y con el descanso
Relación con el ejercicio/ posición corporal	No se altera con la posición corporal	Después de caminar	Poco después o inmediatamente después del ejercicio	Aparece al estar de pie mucho tiempo Independiente del ejercicio	Después de un grado variable de ejercicio
Distancia de claudicación	Constante	Constante	Variable	Variable	Variable
Exploración física	Lesiones tróficas Pérdida de vello Alteraciones ungueales Úlceras más distales y muy dolorosa 	Edema Úlceras más proximales y menos dolorosas	Pérdida de fuerza Perdida de sensibilidad Alteración reflejos Lasegue + Bragard +	Alteración de la exploración neurológica , dermatomas o zona de inervación	Impotencia funcional y limitación de la movilidad Alteraciones en la sensibilidad y los ROT
Pulsos	Ausentes o disminuidos	Presentes	Presentes	Presentes	Presentes

BIBLIOGRAFÍA

- Cerezo Goyeneche ,Carlos Javier; Solanas Saura, Pascual. Dolor en las piernas ¿Tiene una arteriopatía periférica?. AMF 2015;11(6):339-342
- Escobar Oliva, Belén; García Castillo, Olga; Redondo de Pedro, Magdalena. Enfermedad arterial periférica . AMF 2014;10(9):484-493
- Carrasco Carrasco J.Eduardo. Enfermedad arterial periférica. Técnicas diagnósticas en la Consulta de Atención Primaria II. Semergen
- J.M. Nogales Asensio. Diagnóstico precoz de la arteriopatía periférica mediante la determinación automática del índice tobillo-brazo/ Med Clin (Barc). 2014;143(8):352-353
- Oller Sanz M, Picas Jofresa A. Isquemia crónica de extremidades inferiores. AMF. 2012;8(8):461-5.
- Buitrago Ramirez Francisco , Luis Perez Caballero , Francisco. Actualizaciones. Arteriopatía periférica. FMC. 2013;20(5):246-55
- David G Neschis , Michael A Golden Clinical features and diagnosis of lower extremity peripheral artery disease uPTOdATE V
- Farreras – Rozman: Medicina Interna XVII edición. Ediciones Elsevier. Barcelona.
- Harrison: Principios de Medicina Interna Editorial Mc Graw-Hill, 19ª edición

FIN

