

Enfermedad arterial periférica: ¿una enfermedad del siglo XXI?

Vidal-Barraquer Mayol F

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Hospital del Mar. Barcelona

La prevalencia de la enfermedad arterial periférica (EAP) o enfermedad vascular periférica, que aumenta con la edad, es de 8,5% de la población mayor de 55 años. Así, en España, hay más de 1 millón de personas afectadas por esta enfermedad. Sólo una cuarta parte de estas personas suele tener síntomas. La silenciosa naturaleza, junto con el aumento de la edad de la población y la creciente incidencia de los factores de riesgo de la EAP, nos lleva a pensar que puede llegar a convertirse en una de las enfermedades más acusadas en el siglo XXI. Los profesionales sanitarios desempeñan un importante papel en la prevención de su intensificación, al garantizar un diagnóstico precoz, proporcionar a los pacientes información sobre la modificación de los factores de riesgo y pautar el tratamiento apropiado.

Aunque la prevalencia de la EAP en el entorno de atención primaria es alta, es comúnmente subdiagnosticada. Esto ocurre porque muchos médicos no consiguen un historial relevante para la EAP y con frecuencia pasan por alto los sutiles signos de la enfermedad durante el examen físico. En este artículo se ofrece una orientación sobre los problemas de la EAP, una visión general sobre la manera de diagnosticar la enfermedad, junto con los factores de riesgo pertinentes, y una visión general sobre la modificación de los factores de riesgo y las opciones de tratamiento disponibles actualmente.

¿QUÉ CAUSA LA EAP?

El origen de la EAP es la aterosclerosis, enfermedad crónica que provoca la estenosis progresiva de las arterias hasta llegar a su oclusión total. Aunque la fisiopatología es compleja, podemos simplificarla atribuyendo la enfermedad a la aparición de placas de ateroma en

cuya génesis tiene especial relevancia el colesterol, entre otros factores. Los ateromas en su progresión y crecimiento son la causa de la reducción de la luz arterial con la isquemia consecuente.

La enfermedad es la misma que puede afectar a las arterias coronarias o las arterias cerebrales, capaz de provocar un infarto de miocardio o un ictus, respectivamente. En la EAP las arterias que se ven afectadas son las de las extremidades inferiores; por ello la sintomatología es distinta a la de las entidades anteriormente citadas, especialmente en sus fases iniciales, aunque finalmente termina provocando también una necrosis tisular, en forma de úlceras y gangrena, capaz de generar la pérdida de la extremidad.

CONOCIENDO LOS FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo de la EAP son los mismos de la enfermedad coronaria: hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, tabaquismo y diabetes. Junto al tabaquismo, la diabetes es uno de los más graves. Los diabéticos son el colectivo con mayor riesgo de desarrollar una EAP grave y sufrir graves complicaciones. De hecho, los diabéticos tienen una probabilidad quince veces mayor de sufrir amputaciones en las extremidades inferiores que los no diabéticos; "el pie diabético" es una de las causas más comunes de hospitalización en este colectivo.

SINTOMATOLOGÍA DE LA EAP

Aunque el síntoma más frecuente de la EAP es la claudicación intermitente de miembros inferiores, hasta 40% de las personas con EAP no lo presentan. Este hecho dificulta el diagnóstico precoz de la enfermedad, a lo que se

añade la circunstancia de que muchos pacientes confunden la claudicación intermitente con dolores articulares, frecuentes a edad avanzada, y no acuden al médico.

La EAP es fácil de tratar en sus primeras fases, pero si permanece sin diagnóstico la probabilidad de progresión es mayor y en consecuencia las posibilidades de tratamiento se reducen a la vez que se hace más complejo. Aparte, como marcador de arteriopatía crónica, su diagnóstico precoz puede ayudar a prevenir la enfermedad coronaria y cerebro-vascular.

En la anamnesis los síntomas a determinar de un modo concreto cuando se hace el diagnóstico diferencial de la EAP son:

- Dolor muscular en los gemelos con frecuencia, pero sin excluir muslo o planta del pie, que aparece tras andar una distancia inicial sin ninguna molestia. Una vez alcanzada dicha distancia (variable según la mayor o menor afectación), el dolor obliga a detenerse por unos instantes (claudicación), para luego poder recorrer la misma distancia hasta detenerse de nuevo (intermitente). En las bajadas la distancia se alarga y en las cuestas se acorta.

- En fases más avanzadas de la enfermedad, habitualmente después de unos meses o años de estar presentando claudicación intermitente, se presenta dolor nocturno en los pies, especialmente en el primer dedo, que impide dormir. Calma o mejora al incorporarse de la cama y andar cortas distancias. Es la fase denominada "dolor en reposo", que, cuando es grave, obliga al paciente a dormir sentado toda la noche.

- Finalmente y al final del proceso aparecen ulceraciones y necrosis (gangrena).

La exploración inicial básica es:

- Inspección visual para detectar cambios de coloración (palidez o cianosis), trastornos tróficos (pérdida del vello, úlceras...).

- Palpación de los pulsos femorales, poplíteos, pedios y tibiales posteriores retromaleolares.

- Auscultación de soplos femorales o abdominales.

UNA SIMPLE PRUEBA INSTRUMENTAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA EAP

En atención primaria puede utilizarse una prueba

rápida y fácil que, tras la anamnesis y exploración física, confirme la existencia de la EAP. La prueba, no invasiva, consiste en determinar el índice de presión de tobillo/brazo (ITB). Esta exploración compara la presión arterial en los tobillos con la de los brazos y se expresa en forma de cociente, en que el numerador es la presión de una de las arterias del pie (la mayor de entre la pedia o tibial posterior de la extremidad a explorar) y la humeral. Para realizar el test se emplea un doppler, que puede ser portátil, simple de usar y de bajo coste. Aunque el ITB puede ayudar a determinar si alguien padece EAP y aproximarnos a la gravedad de la misma, no puede detectar el nivel de la obstrucción.

Una vez realizado el diagnóstico diferencial y confirmada la enfermedad, los pacientes pueden ser derivados a un especialista para llevar a cabo pruebas de mayor complejidad que permitan orientar el tipo de tratamiento idóneo. Básicamente se trata de pruebas de imagen que evidencien la localización anatómica y la morfología de las lesiones. Estas pruebas incluyen:

- Angio TC.
- Angio RM.
- Angiografía digital (o DIVAS).

TRATANDO LA EAP EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

La terapia médica de la claudicación intermitente implica la modificación de los factores de riesgo, hacer ejercicio y un tratamiento farmacológico. Abajo detallamos cada tratamiento:

- Modificación de la dieta: dieta baja en colesterol (básicamente evitar carnes rojas y grasa animal).

- Corrección de un posible sobrepeso.

- Abstención absoluta del tabaco. Existe una mayor correlación entre el tabaco y el desarrollo de la EAP que con cualquier otro factor de riesgo. Deben utilizarse todas las estrategias disponibles para ayudar a los pacientes a dejar de fumar, tales como el asesoramiento y la sustitución de la nicotina. Dejar de fumar reduce la gravedad de la claudicación, la progresión de la enfermedad y el riesgo de ataque cardíaco y muerte por causas vasculares. Los estudios han demostrado bajas

tasas de amputación en pacientes que dejan de fumar.

- Hipertensión arterial. Es un factor de riesgo importante para la EAP. Se deben prescribir antihipertensivos a pacientes con EAP para reducir la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

- Diabetes. Controlar los niveles de glucosa en sangre no sólo reducirá la incidencia de enfermedad cardiovascular, sino que además disminuirá la aparición de EAP y las consecuencias de la misma (claudicación y amputaciones).

- Dislipemia. Los estudios han demostrado los beneficios de la terapia reductora de lípidos en pacientes con EAP. Se ha verificado que el control de los lípidos reduce la progresión de la enfermedad y la gravedad de la claudicación.

- Hacer ejercicio. La EAP puede ser tratada eficazmente con un programa de ejercicio controlado. Algunas investigaciones han demostrado que se obtienen importantes mejoras en la capacidad andar con sesiones de ejercicio de más de 30 minutos por lo menos tres veces por semana. En ellas el paciente camina hasta que se alcanza casi el dolor máximo y este programa se mantiene durante al menos seis meses.

- Tratamiento farmacológico. Los tratamientos farmacológicos eficaces para la EAP incluyen antiagregantes plaquetarios (aspirina y/o clopidogrel). La pentoxifilina actualmente está siendo sustituida por el cilostazol, mucho más eficaz en la reducción de la sintomatología de la claudicación intermitente.

TRATAMIENTO EN HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS

En los pacientes con EAP de alto grado, cuyo estado no mejora al modificar los factores de riesgo, con los programas de ejercicio y la terapia farmacológica, es necesario llevar a cabo los procedimientos de reconstrucción arterial. Estos procedimientos son la angioplastia y la cirugía, que pueden ser utilizadas como alternativas o como complementarias.

La angioplastia es una técnica no quirúrgica que se usa para dilatar las arterias. El procedimiento consiste en introducir por vía arterial un catéter provisto de un balón

en su extremo hasta llegar a la zona estenosada u ocluida. En este punto se dilata a gran presión el balón hasta conseguir la corrección de la lesión arterial. El uso de *stents*, asociado a la angioplastia simple, permite mejorar los resultados tanto inmediatos (al reducir las complicaciones) como tardíos (por reducir el porcentaje de reestenosis). El *stent* es un pequeño dispositivo de metal en forma de malla que se inserta en la arteria mediante un catéter similar al del balón de angioplastia y sin implicar mayores molestias ni riesgo para el paciente.

Hasta hace poco existía cierta incertidumbre sobre la eficacia de la angioplastia (simple o con *stent*) en comparación con el ejercicio supervisado asociado al mejor tratamiento farmacológico para el tratamiento de la claudicación intermitente. Un reciente estudio demostró que la angioplastia combinada con el ejercicio y el tratamiento farmacológico mejoran los resultados en cuanto a la longitud de las distancias al caminar y el ITB al cabo de 24 meses después del tratamiento, en comparación con realizar sólo la terapia de ejercicio y fármacos en pacientes estables, con claudicación intermitente leve o moderada.

Los *stents* liberadores de fármacos han sido desarrollados para mejorar el resultado de la técnica a medio y largo plazo. La finalidad del fármaco es evitar que la placa crezca alrededor del *stent* debido a la inflamación y a la formación de tejido cicatricial que terminarán provocando una reestenosis. Estos dispositivos ya han demostrado su eficacia clínica en el tratamiento de la enfermedad coronaria y se ha iniciado estudios sobre sus beneficios en la EAP. Uno de estos dispositivos en investigación es el nuevo *stent* liberador de fármacos Zilver PTX (www.zilverptxtrial.com), de Cook Medical. El *stent* se encuentra en ensayos clínicos para su uso en la arteria femoral superficial.

Con una mayor concienciación sobre la EAP entre los pacientes y los profesionales de la salud, y la realización de pruebas de manera preventiva por parte de la atención primaria en las personas con factores de riesgo, tenemos la esperanza de reducir la gran cantidad de problemas que la EAP puede suponer en el sistema de salud y evitar que se convierta en la principal causa de hospitalización en este siglo.