

25

Arteriopatía periférica

Bajo el término arteriopatía periférica (AP) se incluyen todas las patologías relacionadas con la enfermedad aterosclerótica que afectan a diferentes lechos vasculares. En este apartado nos vamos a referir a la afectación vascular, principalmente crónica, de los miembros inferiores de las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

La causante de la enfermedad es la formación de la placa de ateroma. En la persona con DM tiene un inicio más temprano y una evolución más agresiva que en la población general¹.

La prevalencia de la AP en la DM2 oscila entre el 7 % y el 21 % dependiendo del método y/o criterio diagnóstico utilizado. En cualquier caso, es más frecuente que en la población general. Su prevalencia aumenta con la edad. En población joven es más frecuente en varones, pero con la edad la prevalencia por sexos se equipara^{2,3,4}.

Presentación clínica^{2,3,4}

Es variable, desde formas asintomáticas hasta la isquemia crónica con ulceración y necesidad de amputación. El territorio arterial más afectado es el peroneo-tibial.

Puede presentarse como:

- **Isquemia crónica:** clasificación de Fontaine (Tabla 1).
- **Isquemia aguda:** descenso brusco y agudo de la perfusión arterial en una extremidad inferior, que puede ocurrir en el seno de una isquemia crónica. Se trata de una urgencia médica.

- Hablamos de **isquemia crítica** de miembros inferiores como la presentación clínica más grave, estadios III o IV de Fontaine, en la que las lesiones cutáneas no curan sin la realización de técnicas de revascularización (endovasculares o quirúrgicas).

Tabla 1 Clasificación de Fontaine

- **Estadio I: Asintomática.** El diagnóstico se realiza habitualmente por la disminución o ausencia de pulsos periféricos o un ITB < 0,9.
- **Estadio II: Claudicación intermitente.** Aparece dolor, generalmente en las pantorrillas, al caminar y que mejora con el reposo.
- **Estadio III: Dolor en reposo y/o nocturno.** El dolor vascular empeora con el decúbito (a diferencia del neuropático). El pie isquémico está frío, pálido y sin vello.
- **Estadio IV: Ulceración, necrosis o gangrena.** Suele iniciarse en el primer dedo del pie. Se debe prestar mucha atención a la eventual sobreinfección del área necrótica.

Diagnóstico^{3,4}

- **Anamnesis:** presencia de claudicación intermitente o dolor en reposo en las extremidades. Debemos valorar también la existencia de factores de riesgo asociados y el grado de limitación funcional.
- **Exploración física:** principalmente del árbol arterial (presión arterial, auscultación de arterias carótidas, cardíaca, abdominal y de miembros inferiores). Inspección de pies (coloración, temperatura, vello, uñas, etc.) y valoración de pulsos periféricos mediante palpación y medición del índice tobillo-brazo (ITB) (Tabla 2).

Tabla 2 Índice tobillo-brazo (ITB)

- Es el test diagnóstico no invasivo más útil en Atención Primaria para la valoración de AP y accesible tanto a medicina como a enfermería.
- Se calcula dividiendo la presión arterial sistólica (PAS) mayor a nivel del tobillo por la PAS mayor a nivel del brazo.
- Un ITB ≤ 0,90 tiene un valor predictivo del 95 % de la existencia de AP.
- No está indicada su realización como método de cribado en la población general asintomática, pero es de gran utilidad en caso de no encontrar pulsos periféricos en pacientes sintomáticos (claudicación, úlceras), diabetes o asociación de más factores de riesgo (tabaquismo, cardiopatía isquémica, disfunción eréctil, etc.).

La American College of Cardiology Foundation (ACCF)⁵ considera:

- ITB normal: 1,00 a 1,40.
- ITB borderline: 0,91 a 0,99.
- ITB sugestivo de AP: $\leq 0,90$.
- ITB sugestivo de calcificación arterial: $\geq 1,40$.

Factores de riesgo

Además de la DM2 que nos ocupa, debemos considerar otros factores de riesgo que pueden favorecer la aparición o acelerar la evolución de la AP: tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, consumo excesivo de alcohol y sedentarismo^{3,4}.

Cribado

El cribado de la AP en las personas con DM está justificado por la mayor prevalencia del proceso en las personas con DM, porque indica la presencia de enfermedad arterial, y porque la existencia de isquemia en las extremidades inferiores aumenta el riesgo de aparición de pie diabético y empeora su pronóstico⁵.

Tratamiento

Control de los factores de riesgo^{3,4}

- Cese del hábito tabáquico: consejo reiterado en cada consulta y ofrecimiento de tratamiento específico de apoyo y/o farmacológico y/o derivación a la unidad especializada.
- Control de la presión arterial: niveles de control adecuados al resto de patologías concomitantes. No parece que ningún grupo terapéutico antihipertensivo ofrezca ventajas sobre los demás en cuanto a incremento de la distancia a caminar. Los betabloqueantes, si tienen indicación por otro proceso acompañante, podrían usarse con la debida atención y precaución.
- Control de la DM: con objetivos adecuados a la edad, años de evolución de la DM, riesgo y/o patologías cardiovasculares acompañantes y preferencias del paciente.

- Control de la dislipemia. En pacientes con AP, el tratamiento hipolipemiante con dieta y estatinas disminuye la morbimortalidad cardiovascular y aumenta la distancia al caminar sin dolor.
- Se puede valorar, según consideraciones clínicas, el tratamiento antiagregante con 75-100 mg/día de aspirina en prevención primaria en pacientes con DM2 y AP asintomática, sin riesgo de sangrado^{3,6,7}.

Ejercicio físico (EF)

Los programas de EF permiten mejorar los síntomas y aumentar la distancia a caminar. Se trataría de sesiones de EF (caminar) hasta provocar dolor, prolongando progresivamente la distancia caminada⁴. Estaría contraindicado en estadio IV de Fontaine o en situaciones de isquemia crítica³.

Tratamiento farmacológico

Se dispone de fármacos inhibidores de la fosfodiesterasa (cilostazol y pentoxifilina) y vasodilatadores (naftidrofurilo) sin resultados evidentes de beneficios en su utilización^{3,4}. En pacientes con DM y AP sintomáticos, el uso de 75 a 100 mg/día de aspirina o de 75 mg/día de clopidogrel (en caso de alergia a la aspirina) puede estar indicado para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares, dependiendo del riesgo de sangrado^{3,6,7}.

Tratamiento quirúrgico

En casos más evolucionados y/o sintomáticos, valorando de forma individualizada la localización y el grado de la lesión, la existencia de comorbilidades y la experiencia del equipo quirúrgico, habrá que recurrir a procedimientos de revascularización endovascular o quirúrgica⁸.

Criterios de derivación^{3,4}

- **Urgencias:** isquemia aguda.
- **Cirugía vascular:** isquemia crónica. De manera urgente si aparece dolor en reposo o gangrena con zonas sugestivas de infección y de manera preferente en casos de gangrena sin signos de infección o claudicación invalidante o disminución rápida de la distancia en que aparece dolor.

→ Mensajes clave

- Debemos hacer cribado de AP en las personas con DM2 mayores de 50 años y que presenten sintomatología compatible o asociación de otros factores de riesgo. **GRADO B.**
- El cribado se realizará mediante anamnesis, exploración física y medición del índice tobillo-brazo. **GRADO B.**
- Debemos realizar control de los factores de riesgo de aparición o progresión de la AP en las personas con DM2: cese del hábito tabáquico, control de cifras de TA, control metabólico de la DM y control de la dislipemia. **GRADO A.**
- Debemos recomendar programas de ejercicio físico (caminar) hasta provocar dolor, prolongando progresivamente la distancia caminada. **GRADO C.**
- En personas con DM2 y AP sintomática, el tratamiento antiagregante, dependiendo del riesgo de sangrado, puede reducir el riesgo de eventos cardiovasculares. **GRADO B.**

Bibliografía

1. Sánchez-Quesada JL. Fisiopatología de la arteriosclerosis en la diabetes. Papel de los factores de riesgo cardiovascular, el estrés oxidativo y la inflamación. En Menéndez-Torres E, Barrio-Castellanos R y Novials-Sardá A, directores. Tratado de Diabetes Mellitus. Sociedad Española de Diabetes. 2ª ed. Madrid: editorial médica panamericana; 2017. pp. 675-683.
2. Cano-Pérez JF, Franch J, editores. Guía de diabetes tipo 2. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011. pp. 40-43.
3. Castiñeira-Pérez C, Costa-Ribas C, Louro-González A. Arteriopatía periférica. 2012. Guías clínicas. Fisterra.com. Consulta el 24 de mayo de 2017. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/arteriopatia-periferica>.
4. Buitrago-Ramírez F, Pérez-Caballero FL. Arteriopatía periférica. FMC 2013;20(5):246-55.
5. Ezkurra-Loiola P, et al. Fundación redGDPS. Guía de actualización en diabetes 2016. EUROMEDICE, Ediciones Médicas. <http://www.redgdps.org/guia-de-actualizacion-en-diabetes-20161005>.
6. Cardiovascular Disease and Risk Management. Standards of Medical Care in Diabetes-2017: Summary of Revisions. Diabetes Care. 2017 Jan; 40 (Suppl 1): S75-S87.

7. Martín-Carrillo P. Aspirina en la prevención primaria de eventos cardiovasculares en adultos con diabetes tipo 2. Revisión sistemática y meta-análisis (tesis doctoral). Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2015.
8. San Norberto-García EM, Brizuela Sanz JA, Merino-Díaz B, Vaquero-Puerta C. Síndrome de isquemia crónica de las extremidades inferiores. Medicine. 2013;11(45):2684-90.