

Enfermedad femoropoplítea como primera manifestación clínica en pacientes con isquemia arterial aguda trombotica de miembros inferiores

José Luís Cabrera Zamora, MD;

Especialista segundo grado en Angiología y Cirugía Vascular. Master en Investigaciones en Aterosclerosis. Profesor Instructor Asignatura Cirugía General. Facultad Dr. Salvador Allende. Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. La Habana, Cuba.

Maritza M. Castellanos Montero, RN;

*Licenciada en Enfermería. La Habana, Cuba
Correo electrónico: czamora@infomed.sld.cu*

Resumen

La presente investigación comprendió el análisis de 243 historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico de isquemia arterial aguda trombotica de miembros inferiores, pertenecientes al archivo del Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular, de la Habana, Cuba, en el periodo comprendido de enero 1997 a diciembre 2007. La mayoría de los pacientes estudiados tenían más de 60 años de edad, con predominio de la enfermedad en el sector femoropopliteo (78.4%) con relación al aortoiliaco (69.4%). La diabetes mellitus como factor de riesgo independiente para la enfermedad, se presentó en ambos grupos de pacientes con enfermedad femoropoplitea y/o aortoiliaca respectivamente. Al mayor número de pacientes que presentaron una isquemia arterial aguda trombotica de miembros inferiores, se le realizaron sus diagnósticos positivos después de las 72 horas. El tratamiento quirúrgico fue el más utilizado en estos pacientes como resultado final en la evolución del evento isquémico agudo.

Palabras Clave: *Angiopatas diabéticas, Enfermedades Vasculares, Procedimientos Quirúrgicos Vasculares, Desobstrucción Vascular, Enfermedades Vasculares Periféricas.*

Femoropopliteal disease as first clinical manifestation in patients with acute arterial ischemic thrombotic lower limb.

Abstract

Our research was on 243 patient's clinical histories with the clinical diagnosis of ischemia arterial sharp thrombotic of inferior members, they were attending by health services at the national institute of angiología and vascular surgery In the Havana, Cuba, in the understood period of January 1997 to December 2007. Most of the studied patients had more than 60 years of age, with prevalence of the sector femoropopliteo 78.4% with relationship to the aortoiliaco 69.4%. The diabetes mellitus was the factor of exposure risk for the outcome, you presents in both groups of patient with femoropopliteal illness y/o aortoiliaca respectively. The surgical treatment was the

Recibido : Julio 2 de 2011.
Aceptado : Marzo 1 de 2012.

more used in our patients as final result, in the evolution of the event sharp isquémico.

Keywords: *Diabetic Angiopathies, Vascular Diseases, Vascular Surgical Procedures, Vascular Patency, Peripheral Vascular Diseases*

Introducción

La arteriosclerosis es la causa habitual de la isquemia crónica de los miembros inferiores, y aunque se sabe de su existencia desde hace más de un siglo, se ha avanzado poco en la comprensión de los factores moleculares y celulares subyacentes (1). Todos los datos recopilados hasta ahora, especialmente el clásico estudio Framingham han demostrado que el proceso arteriosclerótico periférico es similar al que afecta a las arterias coronarias y cerebral, y existe un conjunto de factores precursores comunes (1).

La lesión más frecuente de las extremidades inferiores, sobre todo en personas mayores de 60 años, es la obliteración o enfermedad del sector femoropopliteo. Haimovici (2) publica que en diversas revisiones estadísticas, se comprobó la preponderancia de su combinación con otras lesiones arteriales, con una incidencia que oscila entre el 47% y el 65.4% y una media del 55%. Este autor en sus estudios demostró que estas lesiones son más frecuentes en diabéticos en el segmento femoropopliteo tibial que en el aortoiliaco (75.4 por 24.6%).

Humphries (3) menciona que la obstrucción arterial aguda es la primera manifestación clínica en el 6% de los pacientes afectados de la patología en el sector aortoiliaco, y en el 27% cuando se trata del sector femoropopliteo. Cuando los pacientes tienen signos de insuficiencia arterial crónica estos porcentajes de isquemia aguda son del 1.1% en el sector aortoiliaco y del 31% en el sector femoropopliteo, siendo del 27% en las lesiones combinadas de ambos sectores.

Estevan Solano (4) revisó los protocolos de hospitalización de más de 15.000 pacientes afectados de isquemia en miembros inferiores, y comprobó que la isquemia aguda, era la forma de la presentación clínica en el 16.2% de los portadores de patología aortoiliaca y en el 23.8% de los afectados en el sector femoropopliteo. El inicio brusco de la sintomatología isquémica en las extremidades (obstrucción arterial aguda), sucede entre el 31- 38% de los casos, y la incidencia anual del mismo varía entre el 9-24.3% por 10.000 habitantes (4).

Conociendo el carácter progresivo de la aterosclerosis, más complejo es cuantificar esta progresión y pronosticar el futuro de una lesión arterial. A la luz de los datos que se disponen en la actualidad, se pudiera afirmar que entre el 20 y 30% de las estenosis de la arteria femoral superficial, evolucionarán hacia la obstrucción en un período de 4 a 6 meses y que en una quinta parte de estos pacientes, esta progresión dará lugar a un síndrome de isquemia aguda (5).

El objetivo de este estudio es demostrar que la enfermedad femoropoplitea es la primera manifestación clínica como expresión de la isquemia arterial aguda trombótica de

los miembros inferiores. Conociendo su curso evolutivo y sabiendo que la enfermedad arterial periférica crónica degenerativa en individuos, cuyo interrogatorio recoge el antecedente previo al evento isquémico agudo de sintomatología clínica de historia de claudicación intermitente arterial a la marcha, la presencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos (sexo, edad, hábito de fumar, diabetes mellitus), y la presencia al examen vascular periférico de signos de isquemia aguda (ausencia de pulsos periféricos, palidez, frialdad, parestesia e impotencia funcional de la extremidad afectada), nos orienta al diagnóstico clínico planteado.

La enfermedad arterial periférica constituye una de las mayores causas de discapacidad (amputaciones mayores) en nuestro país, así como en el resto del mundo. En Cuba no existen estudios epidemiológicos de la incidencia y prevalencia de la enfermedad femoropoplitea, y tampoco en la literatura internacional consultada, ya que esta enfermedad permanece inadvertida en una primera etapa, pero a medida que esta progresa puede causar claudicación intermitente arterial a la marcha, dolor de reposo, y pérdida de la extremidad; es por ello que el aporte de una mayor información de los factores que conllevan a la instauración de esta enfermedad y su agravamiento son de suma importancia para el tratamiento preventivo de estos pacientes.

En la prevención de esta enfermedad y sus complicaciones o consecuencias, como evolución final del evento isquémico agudo (amputaciones mayores) es necesario el conocimiento y manejo oportuno de los pacientes con la entidad clínica que nos ocupa, esto nos permitirá al personal médico especializado realizar con la mayor prontitud, las diversas maniobras diagnósticas, terapéuticas medicamentosas o quirúrgicas, que cada caso requiera según las características del paciente.

Materiales y Métodos

Se revisaron 243 historias clínicas del archivo del Instituto Nacional de Angiología y cirugía vascular, en el período comprendido entre enero de 1997 a diciembre de 2007, de pacientes con diagnóstico clínico de isquemia arterial aguda trombótica de miembros inferiores. Los datos fueron recogidos en una planilla confeccionada para tal efecto, donde se consignó edad, sexo, color de la piel, historia familiar personal de enfermedad aterotrombótica, historia previa al evento isquémico agudo, historia de sintomatología clínica de claudicación intermitente arterial a la marcha referida por el paciente en el interrogatorio al ingreso, y recogida en la historia clínica archivada en el departamento de archivos y estadísticas de nuestra institución.

Fueron consideradas como variables la presencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos (edad, sexo, hábito de fumar, diabetes mellitus), sintomatología clínica referida, diagnóstico positivo de isquemia aguda realizado por interrogatorio y por el examen vascular periférico

(ausencia de pulso periféricos, palidez, frialdad, parestesias, e impotencia funcional de la extremidad afectada), el tiempo de evolución de la isquemia, y la conducta a seguir medicamentosa y/o quirúrgica. Los datos individuales obtenidos de cada paciente fueron introducidos y almacenados en una base de datos confeccionada en Microsoft Access 2003.

Para la realización de estas pruebas estadísticas, nos apoyamos en el paquete estadístico EPIDAT.

Consideraciones Éticas

La presente investigación le da salida al proyecto de tesis para optar por el grado científico de Master en Investigaciones en Aterosclerosis, aprobado y evaluado por el comité académico, consejo científico, y comité de ética de la investigación del Instituto Nacional de Angiología y Cirugía vascular, y el Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis, de la Habana, Cuba.

Resultados

Al analizar la frecuencia de aparición del evento agudo acorde al patrón oclusivo predominante según edad, en mayores de 60 años predominaron la enfermedad femoropoplítea (78,4% de pacientes) y la enfermedad aortoiliaca (69,4%), comparada a la frecuencia de presentación en menores de 60 años.

El comportamiento por género, al comparar la enfermedad femoropoplítea y aortoiliaca respectivamente, no mostró diferencias significativas en cuanto a su predominio ($p=0,85$).

Al analizar la diabetes mellitus como factor de riesgo independiente para la enfermedad según patrón oclusivo predominante, no se encontró predominio de un sector con relación al otro.

El tiempo de isquemia según el patrón oclusivo predominante en los pacientes con afectación del sector femoropoplítea, demostró que el 34,8% acudieron pasadas las 72 horas de iniciados los síntomas; al evaluar el comportamiento en el sector aortoiliaco, el 35,48% de los pacientes se les realizó su diagnóstico positivo pasadas las 72 horas respectivamente. A la mayoría de los pacientes con patrón oclusivo femoropoplítea ($n=119$) como los de enfermedad aortoiliaca ($n=55$), se le indicó tratamiento quirúrgico, mientras que el tratamiento médico se les indicó a 62 pacientes como aparece en la tabla que se presenta a continuación donde se registra el primer patrón oclusivo y a 7 pacientes con el segundo patrón oclusivo respectivamente.

Cuadro. Pacientes con isquemia arterial aguda trombotica de miembros inferiores según patrón oclusivo predominante y tratamiento empleado.

Patrón oclusivo	Tratamiento quirúrgico		Tratamiento médico		Total	
	No	%	No	%	No	%
Enfermedad femoro poplítea	119	65,7	62	34,3	181	100,0
Enfermedad aorto iliaca	55	88,7	7	11,3	62	100,0
Total	174	71,6	69	28,4	243	100,0

$X^2=10,8747$; $p=0,001$.

Discusión

En esta investigación se encontró un franco predominio de pacientes mayores de 60 años, con diagnóstico de isquemia arterial aguda trombotica de miembros inferiores y con mayor localización de la enfermedad en el sector femoropoplítea comparado con el aortoiliaco. Estos resultados coinciden con los aportados por autores como Haimovici (6), donde se analizó la distribución de la enfermedad arterial periférica de los miembros inferiores en función de la presencia o no de diabetes, y se encuentra que a pesar de considerar también aquellos casos en los que existen simultáneamente lesiones en otros sectores anatómicos, el patrón femoropoplítea es el que con mayor frecuencia se afecta en ambos grupos de pacientes tanto en diabéticos con un 46% y no diabéticos que se encontró en un 50%.

Entre los sectores anatómicos afectados por la enfermedad, no hubo diferencias significativas con respecto al predominio por género. Lo anterior coincide con lo reportado en la literatura internacional, donde se destaca un estudio británico prospectivo de un año de duración en el tratamiento de pacientes con arteriopatía obstructiva crónica de miembros inferiores, que reportó una proporción hombre-mujer de 1:1 (49% hombres y 51% mujeres) (7).

Este estudio no demostró una asociación de Diabetes mellitus con un patrón oclusivo específico. En la presentación del evento agudo de la población estudiada, sólo una quinta parte tenían antecedente de Diabetes mellitus. Palumbo y cols refirieron en su publicación "*Progresión de la enfermedad arterial periférica en pacientes con diabetes mellitus*", que existe sobrada evidencia epidemiológica de la asociación entre ambas enfermedades con un incremento entre 2 y 4 veces de la prevalencia de Diabetes mellitus entre pacientes con enfermedad arterial periférica, ya que la diabetes provoca frecuentes calcificaciones del árbol arterial durante el proceso arteriosclerótico (8).

Al evaluar el tiempo de isquemia según patrón oclusivo predominante, quedó demostrado que el diagnóstico definitivo por la sintomatología clínica y examen vascular,

se realizó pasadas las 72 horas en la mayoría de los pacientes. Es imposible en ocasiones, conocer con exactitud el tiempo de isquemia del paciente, al llegar a un centro hospitalario, se percibe una gran subjetividad en el relato de cuando comenzaron los síntomas (9-11).

En nuestro estudio el tratamiento quirúrgico fue el de elección, debido al estadio avanzado de la enfermedad, y las complicaciones con que llegaron los pacientes. El tratamiento medicamentoso se les aplicó a aquellos pacientes que llegaron sin complicaciones.

Esta investigación sugiere que los pacientes con enfermedad arterial periférica crónica (Degenerativa u ocluyente) donde el compromiso anatómico del segmento femoropoplíteo es muy prevalente y que se asocia a un mayor riesgo en la presentación clínica de isquemia arterial aguda, es una condición muy importante, ya que implica un riesgo de pérdida de la extremidad comprometida.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no se presentaron conflictos de intereses con este estudio.

Referencias

1. Alonso- Pérez M. et. al. Epidemiología formas de presentación de la patología arteriosclerótica oclusiva del sector femoropoplítea distal. *Angiología*. Mayo. 2003 Vol. 55. Supl (1): S5- S7.
2. Haimovici H. Enfermedad Obliterante arteriosclerótica del segmento femoropoplíteo. *Principios y Técnicas. Cirugía Vascul.* New York. Salvat, 1986, p.449- 454.
3. Humphries et. al. Evaluation of the natural history and the result of treatment in occlusive arteriosclerosis involving the lower extremities. En: Haimovici H. *Principios y Técnicas. Cirugía Vascul.* New York. Salvat. 1986, p. 134- 160.
4. Estevan JM. Epidemiología de la Isquemia Aguda. En: Vaquero Morillo Fernández. *Isquemias Agudas*. Barcelona: Uriach; 1994, p. 43- 48.
5. Samsó J. El Ecodoppler en la isquemia arterial aguda. En: *Carpe Diem Endovascular VII. Monografías Vasculares. Trombosis Arterial*. Hospital Univesrsitari de Bellvige. Trombosis Arterial. Dirige. Cairols MS. Barcelona. 2005. p. 27- 8.
6. Haimovici H. *Principios y Técnica. Cirugía Vascul.* Ed. New York.. Sal vat. 1986. p. 445-80.
7. Bailey CM. et. al. 1 year prospective study of management and outcome of patient presenting with critical lower limb ischemia. *Eur J. Endovasc. Surg.* 2003; 25: 131-4.
8. Tseg CH. Pulse pressure as risk factor for peripheral vascular disease in the type 2 diabetic patients. *Clin. Exp. Hypertensive*. 2003; 25: 475-85.
9. Fernández – Samos R. et. al. Etiopatogenia clínica de la Isquemia Aguda. En: Vaquero Morillo Fernando. *Isquemias Agudas*. Barcelona: Uriach; 1999: p. 57- 69.
10. Pichin QA. et. all. Insuficiencia arterial aguda de los miembros inferiores. Aspectos clínicos y epidemiológicos. Disponible en Internet. [http:// www. monografia.com](http://www.monografia.com).
11. Pura- Mallagray E. et. al. Estudio piloto de prevalencia de la enfermedad arterial periférica en atención primaria. *Angiología* 2006; 58(2): 119- 125.