

Enfermedad arterial periférica

1) Idea central

- La claudicación ocurre cuando la demanda de oxígeno del músculo al caminar supera la oferta por flujo arterial reducido.
- Es reproducible, aparece con el esfuerzo y cede con reposo.

2) Cómo explicárselo al paciente (comunicación clínica)

- Arterias = “agua limpia / agua fresca” (lleva oxígeno).
- Venas = “alcantarillado” (retorno lento de sangre desoxigenada).
- En clínica: habla con términos simples para mejorar adherencia y comprensión.

3) Diferencial del dolor al caminar (no todo es EAP)

- EAP (claudicación arterial): dolor al esfuerzo, mejora con reposo.
- Estenosis espinal / claudicación neurogénica:
- Peor con extensión.
- Mejora con flexión (paciente “encorvado”, posición fetal).
- Músculo-esquelético (artritis/tendinitis): dolor mecánico, localización/articulación más clara.
- Claudicación venosa: sugiere problema de outflow (más edema, cambios venosos).

4) Definiciones clínicas clave

Claudicación

- “Camina X distancia → dolor tipo ‘prensa’ en pantorrilla/muslo/glúteo → se detiene → cede”.

Leriche

- Claudicación en muslo/glúteo + disfunción sexual (impotencia) por enfermedad aortoiliaca.

Isquemia crónica amenazante de extremidad (CLTI)

- Dolor en reposo (RC4): típico nocturno, distal (dedos/antepié), mejora con gravedad (colgar la pierna).
- RC5–RC6: úlceras y gangrena (pérdida tisular).

5) Perlas semiológicas y examen físico (lo que debes buscar)

Inspección:

- Pérdida de vello, atrofia cutánea/muscular.
- Úlceras que no cicatrizan, gangrena, celulitis.
- Uñas: engrosadas, con estrías (hipoxia crónica).

Perfusión:

- Relleno capilar: más útil si enfermedad muy avanzada o si hay componente agudo.
- Ruber dependiente (pendiente): con pierna colgando el pie se ve rojo vivo por vasodilatación máxima.
- Al elevar por encima del corazón → palidez marcada + mal relleno capilar.

Palpación:

- Pulsos comparativos (femoral, poplíteo, tibial posterior, pedio).
- Temperatura, textura, sensibilidad (especial cuidado en diabéticos).

Perla:

- Cianosis sugiere más problema venoso que arterial.
- Edema apunta a alteración del retorno venoso (no descarta EAP, pero orienta).

6) Clasificación

Fontaine

- I: asintomático
- IIa/IIb: claudicación leve / moderada-severa
- III: dolor en reposo
- IV: úlcera/gangrena

Rutherford (crónica)

- 0: asintomático
- 1–3: claudicación (leve, moderada, severa)
- 4: dolor en reposo
- 5–6: pérdida tisular (menor → mayor)

Ojo: Rutherford de isquemia aguda es distinto.

- 5 P's: dolor, palidez, parestesias, ausencia de pulso, parálisis.

7) Medición y pruebas diagnósticas

ABI (índice tobillo-brazo)

- Tobillo sistólica / Brazo sistólica.
- Normal $\sim \geq 1$.
- <0.9 anormal.
- Umbrales útiles:
- <0.8 : claudicación probable
- <0.5 : enfermedad severa/multinivel
- <0.4 : dolor en reposo (isquemia crítica)

Problema del ABI

- Vasos no compresibles (diabetes, calcificación medial, diálisis, ancianos, esteroides crónicos) → ABI falsamente alto.

TBI (índice dedo-brazo) / presiones del dedo

- Preferido en diabéticos.
- Objetivo de cicatrización:
- Diabético: toe pressure >40 mmHg
- No diabético: >20 mmHg
- TBI normal >0.7; menor = peor perfusión.

Doppler y ondas

- Normal: trifásica/multifásica.
- Enfermedad distal: monofásica, amplitud baja, subida lenta (tardus-parvus).

Imágenes

- Duplex: primera línea objetiva.
- Angiografía: confirmación y planificación/intervención.
- CTA/MRA: para planeación (según contexto).

8) Manejo (visión práctica)

Primera línea (antes de “tocar el vaso”):

- Dejar tabaco.
- Programa de caminata supervisada: caminar hasta dolor, parar, reanudar → fomenta colaterales.
- Antiagregantes + estatinas (estabilizar placa).
- Control agresivo de DM, HTA, lípidos.
- Cuidado del pie + podiatría.

Intervención (según anatomía/riesgo):

- Endovascular cada vez más dominante (balón, stent, balón farmacológico, aterectomía).
- Cirugía abierta: mejor patencia en escenarios seleccionados (ej. aorto-bifemoral en buen candidato).

WIFI (Wound–Ischemia–Foot Infection):

- Sirve para estratificar riesgo de amputación y decidir si vale la pena revascularizar.

Perlas de la clase

- Diferencia claudicación arterial vs neurogénica (extensión empeora / flexión mejora).
- Dolor en reposo nocturno distal y mejora con pierna colgando.
- Rubor dependiente + palidez con elevación.
- ABI: cortes 0.9 / 0.5 / 0.4.
- Por qué en diabéticos prefieres TBI.
- 5 P's de isquemia aguda.