

Arteriosclerosis fémoro-poplítea

Tratamiento médico

TOMAS ALONSO

Del Departamento de Angiología (Prof. F. Martorell) del Instituto Policlínico de Barcelona (España).

El notable aumento de enfermos arterioscleróticos observados en las clínicas vasculares ha constituido el mejor estímulo en la búsqueda de nuevos medios terapéuticos que permitan mejorar el déficit circulatorio de los miembros. A pesar de que han sido muchos los fármacos utilizados, creemos que ninguno de ellos ha resuelto el problema de una manera manifiesta. Por ello, analizaremos de forma global el tratamiento medicamentoso así como el higiénico y dietético de aquellos enfermos arterioscleróticos tributarios de terapéutica médica, o sea de los comprendidos en el grupo I: pacientes con isquemia muscular y cuyo único síntoma es la claudicación intermitente.

Siguiendo la pauta de **Martorell**, hablaremos de: 1.º Alimentación, 2.º Control de peso, 3.º Tabaco, 4.º Régimen de vida, 5.º Cuidados generales y 6.º Farmacología.

Alimentación. El régimen alimenticio de estos enfermos deberá ser suficiente pero nunca excesivo, procurando que esté bien equilibrado en su contenido de proteínas, vitaminas, sales minerales y ácidos grasos esenciales.

Restringiremos la ingestión de carne grasa, leche, mantequilla, huevos, queso y demás alimentos ricos en colesterolina; pocas salsas, fritos e hidratos de carbono, para evitar el aumento de peso. Por el contrario, son beneficiosos los pescados que poseen grasas de poca saturación, verduras, frutas frescas, carne magra, jamón magro y aceites vegetales. El alcohol y el café pueden permitirse en cantidad moderada.

Control del peso. Interesa que el enfermo arteriosclerótico no aumente de peso, ya que el arteriosclerótico obeso tiene tendencia a la hipercolesterinemia. Indicaremos la conveniencia de practicar algún deporte suave, andar con frecuencia para disminuir peso; y procuraremos reducir la hipercolesterinemia con la administración de medicamentos colagogos, ácidos biliares, sulfato magnésico, boldo y coleréticos.

Tabaco. Creemos que en el arteriosclerótico el tabaco no es tan nocivo como en el tromboangiítico. Podemos permitirlo, con precaución, en el enfermo obeso y buen comedor, con el fin de evitar el aumento de apetito y consecuente aumento de peso que resultaría de su supresión total. Por el contrario, en el arteriosclerótico delgado, pálido y con escaso apetito es necesaria la supresión del tabaco.

Régimen de vida. Es conveniente que el arterioscleroso siga su régimen de vida habitual, aunque adaptado a la insuficiencia arterial que padece. Tiene que procurar andar despacio, cuidar del aseo de sus piernas y usar calcetines de lana en las épocas de frío, no empleando jamás calor artificial, a fin de evitar posibles quemaduras de muy difícil solución. Asimismo, procurará rehuir la humedad.

Cuidados generales. Con relativa frecuencia los arteriosclerosos sufren trastornos concomitantes, como diabetes, hipertensión, poliglobulia, anemia, reumatismo, etc. que debemos intentar mejorar en la medida de nuestras posibilidades.

En los diabéticos procederemos a la administración de antidiabéticos orales y a establecer un régimen alimenticio adecuado. En algunos casos puede ser necesaria la insulina.

La hipertensión arterial merece ser tratada con especial cuidado ya que, en estos enfermos, juega un papel predisponente en el desarrollo de la aterosclerosis. Aunque debe ser corregida, no tiene que hacerse de cualquier manera, dado que una caída tensional puede ocasionar graves lesiones isquémicas. Por ello, los hipotensores de acción brusca estarán formalmente contraindicados. Opinamos que una discreta hipertensión arterial en el arterioscleroso no sólo no le perjudica sino que le es beneficiosa.

La poliglobulia agrava la insuficiencia arterial por hiperviscosidad. En el Departamento de Angiología del Instituto Policlínico usamos para tratarla un antiplásmico de síntesis: la pirimetamina.

En los casos de anemia serán útiles los antianémicos para compensar el deficiente aporte de oxígeno.

Farmacología. Empezaremos el estudio de los fármacos más empleados en la arteriosclerosis con los **hipocolesterinémicos**. Consideramos que a partir de los 45 años de edad una colesterinemia de 200 a 250 mg es normal. Por tanto, sólo indicaremos este tipo de medicación en los casos de arteriosclerosis en que esta cifra se sobrepase.

Como fármacos de dicha acción tenemos los extractos tiroideos (Dextrotiroxina). Administrados a prudentes y pequeñas dosis tienen un marcado poder antilipídico y anticolesterinémico, provocando también un descenso de las lipoproteínas beta. Están contraindicados en los afectos de infarto de miocardio reciente.

Los estrógenos poseen un efecto hipocolesterinizante muy favorable sobre el trastorno lipídico aterógeno, unido a una acción vasodilatadora. Son útiles en especial en la arteriosclerosis de la mujer menopáusica. Por su acción feminizante su empleo en el varón queda limitado. Se comportan de modo parecido a las sustancias lipotrópicas, favoreciendo la síntesis de los fosfolípidos por el hígado.

El Sitosterol es una sustancia vegetal que dificulta la absorción intestinal del colesterol. Su tolerancia es buena.

El ácido nicotínico tiene la propiedad de actuar sobre el contenido en colesterol de las proteínas beta, aunque no sobre el de las alfa. A veces provoca ictericia.

La neomicina actúa bloqueando la absorción del colesterol, por su influencia

sobre la flora intestinal. Puede producir diarrea.

El Triparanol es un inhibidor de la síntesis del colesterol. Impide la conversión del demosterol en colesterol. El demosterol, inexistente en la práctica en la sangre normal, aumenta bajo tratamiento con Triparanol. Tiene efectos secundarios nocivos (ictiosis, alopecia) y un efecto depresor sobre la función suprarrenal, pudiendo llegar incluso a anularla. Por ello no es aconsejable su uso y menos a dosis elevadas (150 mg).

El Normolipem asociado al hexanicotinato de mesoinositol tiene un marcado efecto hipocolesterinémico y una acción vasodilatadora periférica sostenida. Está contraindicado en las insuficiencias hepáticas y renales graves.

La medicación con fosfátidos se basa en el hecho del aumento del cociente colesterolina/fosfolípidos en los arteriosclerosos. Una de las maneras de disminuirlo sería por aumento del denominador. Estos fármacos acostumbran a producir un descenso de la colesterolina. Son bien tolerados.

Para algunos autores las sustancias lipotrópicas (colina, metionina, inositol) serían capaces de movilizar los lípidos contenidos en el hígado; por lo que cabría esperar que hicieran lo mismo con los lípidos acumulados en la íntima arterial. Pero este tipo de medicación no ha dado en general buenos resultados. Sólo el extracto esplénico de buey y caballo, administrado a pequeñas y prolongadas dosis, nos ha proporcionado resultados satisfactorios en la arteriosclerosis de los miembros. Entre sus propiedades figuran: disminución de la glucemia y de la colesterolina sanguínea, vasodilatación arterial, hipotensión y regulación del metabolismo lipóideo. Están contraindicados en las trombosis arteriales agudas y en las arteriosclerosis con hipotensión.

Los **vasodilatadores** en la arteriosclerosis son utilizables en particular cuando existe arteriospasma que agrava de modo considerable la isquemia, pero debe evitarse que como consecuencia de dosis demasiado altas se produzca una vasodilatación general con la subsiguiente caída de la tensión arterial. Debemos, pues, seleccionar aquellos que actúen a pequeñas dosis y de forma lenta. Los más usados hoy día son el Priscol, Diclamina, Duvadilán, Isoket y similares. En principio somos partidarios de su empleo por vía intraarterial (novocaína) con el fin de aprovechar solamente su efecto regional.

Ninguna insuficiencia arterial, cualquiera que sea el sector afectado, escapa a la conveniencia del **tratamiento anticoagulante**. En las insuficiencias de las arterias periféricas la terapéutica anticoagulante debe ser ensayada con heparina. La heparina disminuye las lipoproteínas aterógenas por transformación de las lipoproteínas de gran molécula en lipoproteínas de pequeña molécula. A pequeñas dosis produce un rápido aclaramiento de la turbidez postprandial del suero. Para conseguir efecto lipotrópico no son precisas las altas dosis necesarias para conseguir efecto anticoagulante. Con 25 a 50 mg, dos o tres veces por semana, puede normalizarse el lipograma y conseguir una mejoría clínica. La heparina no debe administrarse después de dicumarínicos o antes de la infiltración del simpático catenar.

También han resultado útiles los heparinoides (Thrombocid) por su propiedad de movilizar los depósitos lipóideos de las arterias y disminuir las moléculas lipóideas gigantes en la sangre.

La terapéutica anticoagulante a largo plazo con preparados del grupo cumar-

rínico o semejante no la creemos indicada o aconsejable en la arteriosclerosis de las extremidades, pues en nuestra opinión resulta una medicación peligrosa.

Los **fibrinolíticos** son, según algunos autores, útiles en la arteriosclerosis y en sus complicaciones trombóticas. Se ha empleado la fibrinolisisina del plasma humano, la quimotripsina y la estreptoquinasa, que parece ser la más afectiva.

La viscosidad es una característica de los líquidos en movimiento al contactar con una superficie estática. Aumenta en proporción directa al aumento de la superficie de contacto. El **Dextrano de bajo peso molecular** disminuye la viscosidad sanguínea y evita la aglomeración globular en la microcirculación, a la vez que parece aumentar la velocidad de circulación sanguínea en los capilares y transformar las grandes moléculas grasas en otras más pequeñas factibles de ser metabolizadas. No modifica el tiempo de coagulación. Está contraindicado en enfermos con tendencia a las hemorragias graves, en la insuficiencia cardíaca congestiva y en los anúricos.

La claudicación intermitente puede disminuirse no sólo mejorando el aporte sanguíneo, sino también disminuyendo la demanda de sangre por parte de los músculos isquémicos. Para conseguirlo se han empleado los **relajantes musculares**, como el éter glicérico del guayacol (Muskurelax), el Valium y el Paraflex, entre otros. Son bien tolerados.

Por último, a partir de los trabajos de **Shimamoto**, se viene empleando una droga antiateromatosa, el **piridinolcarbamato**. Se supone que ataca los factores que conducen a la formación del ateroma, al mismo tiempo que evita la ulterior evolución esclerosa y trombótica de la enfermedad. Con su administración no han sido observados síntomas colaterales ni efectos secundarios.

En **conclusión**, creemos que hoy por hoy no existe medicación alguna verdaderamente eficaz para el tratamiento de la arteriosclerosis obliterante. No obstante, si conseguimos manejar acertadamente los medicamentos, podemos obtener un estacionamiento de la enfermedad e inclusive mejorar el síntoma por el que el paciente acude a nosotros: la claudicación intermitente.

RESUMEN

A pesar de que no existe hoy por hoy una terapéutica específica de la arteriosclerosis obliterante, manejando bien una serie de medicamentos que tenemos a mano podemos no sólo detener la evolución de la enfermedad a fases más avanzadas, sino también mejorar el síntoma más común por el cual los arterioscleróticos acuden al médico: la claudicación intermitente.

El autor resume la pauta medicamentosa en seis apartados: Alimentación, control de peso, tabaco, régimen de vida, cuidados generales y medicación. En este último aspecto pasa revista a los hipocolesterinémicos, vasodilatadores, anticoagulantes, fibrinolíticos, dextranos, relajantes musculares y piridinolcarbamato.

SUMMARY

Although there is no specific medical treatment for arteriosclerosis we have a group of drugs that stop the evolution of the disease in many instances and improve intermittent claudication in the period of muscular ischemia. Clinical

therapy must comprise different factors: alimentation, weight control, tobacco smoking, way of life, general care and medication. A study on hypocholesterolemic agents, vasodilators, anticoagulants, fibrinolytics, dextran, muscle relaxants and pyridinol carbamate used in management of arteriosclerosis is presented.