



MESA PRO/CONTRA: PIE DIABÉTICO. ¿TERAPÉUTICA ENDOVASCULAR SIEMPRE?

Introducción

E. Doiz Artázcoz

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad de elevada prevalencia. En Estados Unidos, dicha prevalencia se ha triplicado, y se ha pasado de 5,6 millones de diabéticos en 1980 a 20,9 millones en 2011. Hay un incremento con la edad, alcanzando el 11% en mayores de 65 años. De los 12 millones de pacientes con enfermedad arterial periférica en Estados Unidos, aproximadamente el 20-30% presenta DM. Las principales complicaciones tardías de la diabetes (arteriosclerosis, neuropatía, retinopatía, etc.) son de etiopatogenia vascular (macro y microangiopatía) y metabólica. Los pacientes con diabetes tienen un mayor riesgo de presentar episodios mayores cardiovasculares incluyendo muerte, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. Constituye la séptima causa de muerte por causa directa en los países desarrollados y la principal causa de muerte precoz en diabéticos.

La úlcera en el pie es una de las complicaciones más frecuentes en las extremidades inferiores de los diabéticos. Aparece durante el curso de la enfermedad en aproximadamente el 15% de los casos. Su incidencia anual es del 2-3% y su prevalencia del 2-10%.

Desde el punto de vista macroscópico, la arteriopatía en los pacientes con DM es similar a la que presentan los pacientes no diabéticos, si bien en los primeros se manifiesta de forma más precoz, más frecuente y con mayor afectación clínica y del índice tobillo/brazo (ITB). Topográfica y morfológicamente presentan una mayor afectación infrapoplítea, distal, extensa y segmentaria. Los vasos tibiales suelen estar gravemente afectados y presentan extensa calcificación. Solo el 50% tiene un vaso permeable hasta el pie, generalmente la arteria peronea. Existe una alta prevalencia de oclusiones largas (> 10 cm) y la afectación proximal suele ser mínima a nivel ilíaco (1%) y aproximadamente del 10%

a nivel del sector femoropoplíteo. Estos pacientes suelen permanecer asintomáticos gracias a una excelente red colateral; cuando presentan clínica de isquemia crítica es que poseen una enfermedad de 3 vasos grave y extensa, y solo el 20-30% sufre una lesión focal con un buen *run-off*.

La DM es la causa más frecuente de amputación de la extremidad inferior en Europa y Estados Unidos. Estos enfermos tienen entre 15 y 40 veces más posibilidades de requerir una amputación que los no diabéticos, y los varones al menos un 50% más que las mujeres. Los diabéticos con una úlcera en el pie requerirán una amputación en el 14-20% de las ocasiones y, a su vez, la úlcera del pie es la precursora de más del 85% de las amputaciones de las extremidades inferiores en estos pacientes. Después de la amputación de una extremidad inferior, la incidencia de una nueva úlcera y/o la amputación contralateral a los 2-5 años es del 50%. La supervivencia de los pacientes diabéticos amputados es significativamente peor que la del resto de la población: solo el 50 y el 40% de los pacientes sobreviven a los 3 y 5 años de una amputación, respectivamente, y el pronóstico empeora conforme se eleva el nivel donde se realiza esta.

La evaluación de la perfusión arterial constituye un componente esencial del diagnóstico del paciente diabético con una lesión trófica infectada en el pie. El diagnóstico de isquemia crítica asociado a un pie diabético infectado se realiza con examen físico mediante la palpación de pulsos y requiere confirmación hemodinámica.

El ITB debe de realizarse sistemáticamente en todos los pacientes diabéticos, aunque su valor pueda estar falsamente elevado. Las úlceras isquémicas suelen aparecer a presiones sistólicas en tobillo de 50-70 mmHg, y el dolor en reposo a 30-50 mmHg.

