



MESA PRO/CONTRA: LA FEMORAL SUPERFICIAL DEBE TRATARSE EN EL PACIENTE CLAUDICANTE

¿La arteria femoral superficial debe tratarse en el paciente claudicante? A favor

I.M. Lojo Rocamonde

Hospital Quirón-Salud, A Coruña, España

Introducción

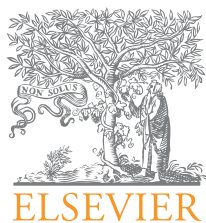
A nivel mundial, 202 millones de personas vivían con enfermedad arterial periférica (EAP) en 2010, y el número estimado para Europa era de 40,5 millones. Debido a que la prevalencia de EAP aumenta considerablemente con la edad, se espera que este número aumente aún más en un futuro próximo¹. La EAP es un problema importante de salud pública en la población mayor de 40 años².

La EAP se asocia con mayor riesgo de mortalidad total, mortalidad cardiovascular y episodios isquémicos³, y es la tercera causa de mortalidad vascular aterosclerótica, después de la enfermedad arterial coronaria y el accidente cerebrovascular¹. Un 30% de los pacientes de EAP tiene clínica asociada, conocida como claudicación intermitente (CI), con una limitación funcional que consiste en una reducción de la capacidad para la marcha y disminución en la calidad de vida en comparación con los individuos sin EAP^{4,5}. Sin embargo, la EAP es a menudo ignorada, ya que muchas personas piensan que su dolor está relacionado con el envejecimiento u otros trastornos neurogénicos u osteomusculares⁶. La EAP está muy extendida entre la población, sin embargo sigue siendo una enfermedad cardiovascular “silenciosa”⁷. La EAP es una patología infradiagnosticada e infratratada, existiendo un desconocimiento general de esta enfermedad común en comparación con otras enfermedades cardiovasculares^{8,9}. La historia natural de los pacientes con CI en seguimiento con tratamiento no invasivo es conocida¹⁰ (fig. 1).

La EAP no se puede curar; sin embargo, muchos de los tratamientos actuales para EAP son eficaces para reducir los síntomas de la enfermedad, con una mejoría de la capaci-

dad física y de la calidad de vida. Sin embargo, las diferentes opciones efectivas de tratamiento no están ampliamente disponibles; un mejor conocimiento y utilización de estas nos ayudarán al manejo del paciente con CI.

Es interesante pensar en un día de actividad normal en el que nuestras piernas nos llevan de un lugar a otro por trabajo o tareas rutinarias, como ir de compras, hacer deporte o asistencia a algún evento. Ahora imagine haciendo las mismas actividades diarias con algún grado de dolor en una o ambas piernas. Estas limitaciones imponen un cambio



MESA PRO/CONTRA: LA FEMORAL SUPERFICIAL DEBE TRATARSE EN EL PACIENTE CLAUDICANTE

El tratamiento de la arteria femoral superficial en el paciente claudicante debe ser conservador

P. Lozano-Vilardell

Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España

Introducción

La claudicación intermitente (CI) es un síntoma de la enfermedad arterial oclusiva (EAO) de los miembros inferiores (MMII), y esta es una manifestación más de la aterosclerosis sistémica. La prevalencia de la EAO de MMII aumenta con la edad y constituye un serio problema de salud en los países desarrollados. En el estudio Rotterdam, la prevalencia de EAO de MMII en la población mayor de 55 años, establecida por la determinación de un índice tobillo/brazo $< 0,9$, llegaba hasta el 20%¹. En este amplio estudio poblacional notificaba síntomas de CI el 1,6% de esta población. En otros estudios se ha observado que la prevalencia de CI afecta entre el 3-7% de los pacientes de entre 60 y 70 años con un fuerte incremento a partir de los 70 años². Se calcula que la EAO de MMII puede afectar actualmente a más de 200 millones de personas en el mundo³. Con estas altas tasas de prevalencia, resulta totalmente comprensible la atracción hacia los procedimientos endovasculares en esta población de pacientes. Esto ha llevado al desarrollo y evaluación, en estudios clínicos, de una múltiple variedad de dispositivos endovasculares para tratar la obstrucción de la arteria femoral superficial.

Desarrollo

Tratamiento de la claudicación intermitente

Aunque la CI y su gravedad son marcadores de riesgo cardiovascular, su historia natural puede considerarse relativamente benigna, ya que el riesgo de progresión a

isquemia crítica es muy bajo. Las guías de la American Heart Association (AHA) sobre EAO, basadas en grandes estudios epidemiológicos, estiman las siguientes tasas a 5 años en la historia natural de la EAO con CI^{4,5}:

- Claudicación estable o mejoría en el 80%.
- Empeoramiento en un 10-20%.
- Progresión a isquemia crítica en el 1-2%.
- Ictus o infarto de miocardio no mortal en un 20%.
- Mortalidad del 30%, la mayoría por causas cardiovasculares.

El objetivo del tratamiento de la CI debe ser doble: por un lado, mejorar el deterioro funcional que causan los síntomas para lograr la mejoría de la calidad de vida de estos pacientes y, por otro, y no menos importante, tratar la enfermedad sistémica responsable de la alta tasa de mortalidad en estos pacientes.

Las bases del tratamiento conservador de la CI incluyen el control de los factores de riesgo, la modificación de los hábitos y el estilo de vida (dejar de fumar y ejercicio físico) y el tratamiento farmacológico con antiagregantes y estatinas. Un registro multicéntrico que recabó datos de un área poblacional de Estados Unidos⁶ ha comprobado que los recursos médicos más importantes, y que las guías clínicas recomiendan utilizar^{2,4}, esto es, el control estricto de los factores de riesgo y la terapia con fármacos antiagregantes y estatinas, están infrutilizados en los pacientes con CI y que son remitidos para revascularizar a centros especializados. Este estudio ha demostrado que los pacientes que reciben tratamiento farmacológico adecuado y que han dejado de fumar antes de ser sometidos a terapia endovascular no llegan al 40%.

