

El índice tobillo-brazo: un método incruento de evaluación del riesgo cardiovascular

J. Rubiés-Prat

Departamento de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España.

La arteriosclerosis es una enfermedad generalizada y difusa que afecta a las arterias de medio y gran calibre, aun cuando las manifestaciones clínicas derivadas de la disminución de la luz arterial o de la trombosis suelen expresarse clínicamente de forma preferente en un solo territorio orgánico: enfermedad cardíaca coronaria, enfermedad sintomática de las arterias carótidas, aneurisma de la aorta abdominal o enfermedad arterial periférica en las extremidades inferiores. A efectos de las estrategias preventivas y terapéuticas no sólo la cardiopatía isquémica, sino cualquier otra de estas localizaciones de la enfermedad (y lo mismo cabe decir del hecho de ser diabético o de presentar múltiples factores de riesgo con un riesgo superior al 20% en los 10 años siguientes), implica la adopción de medidas farmacológicas y respecto al estilo de vida muy enérgicas; es lo que conocemos como prevención secundaria.

El Panel III del National Cholesterol Education Program¹, cuando valora los distintos factores de riesgo cardiovascular, después de describir los factores clásicos y los factores emergentes, incluye lo que denomina "enfermedad aterosclerótica subclínica". El mismo Panel III, junto a las pruebas para diagnosticar isquemia miocárdica, la evaluación del contenido en calcio en las arterias coronarias, el engrosamiento de la íntima y la media en las arterias carótidas, considera el índice tobillo-brazo como un método extraordinariamente útil para confirmar la existencia de enfermedad aterosclerótica en las arterias de las extremidades inferiores. Hay un amplio consenso en el sentido de que el punto de corte de 0,9 para el índice tobillo-brazo discrimina con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 99% la existencia de estenosis moderada o grave en las arterias de las extremidades inferiores². Lahoz et al³, en el estudio que se publica en este número de CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS, han encontrado que el 6,4% de una serie de mil sujetos no diabéticos de 60 a 79

años de edad sin manifestaciones clínicas previas de enfermedad cardiovascular presentan aterosclerosis subclínica en las arterias de las extremidades inferiores. Los sujetos incluidos en el estudio pueden estimarse como bastante representativos de la población general no diabética y sin enfermedad cardiovascular clínica, salvo el sesgo de que hay un significativo mayor número de mujeres que de hombres y, como comentan los propios autores puede haber una mayor proporción de sujetos con mejor estado de salud por el hecho de que acudieran voluntariamente a participar en el estudio. De forma concordante con el estado actual de los conocimientos, hay que destacar del estudio de Lahoz et al³ que el 12% de los 176 individuos con riesgo cardiovascular elevado evaluado de acuerdo con los factores de riesgo clásicos presentaban arteriosclerosis subclínica de las arterias de las extremidades inferiores, porcentaje que se reducía significativamente a poco más del 3% entre los 511 sujetos con riesgo cardiovascular bajo. Más interesante es considerar a los 314 sujetos con riesgo cardiovascular intermedio, que de hecho son casi una tercera parte de todos los participantes en el estudio; de este grupo, el 9% presentaba un índice tobillo-brazo inferior a 0,9. Muy probablemente estos individuos deberían cambiar de categoría y pasar de riesgo moderado a riesgo elevado, especialmente aquellos que presentan una glucemia en ayunas anormal, lo que podría implicar una mayor agresividad terapéutica y obligar a considerar la administración de estatinas para que el colesterol-LDL descendiera por debajo de 100 mg/dl, además de la necesidad de añadir antiagregantes plaquetarios.

Una cuestión que en la práctica clínica no debe olvidarse ante la introducción de una nueva herramienta diagnóstica es la relación costo-beneficio de la misma y la importancia de no hacer excesivamente complejo o farragoso el proceso diagnóstico. A modo de ejemplo, hace ya algunos años hubo quien, con un exceso de entusiasmo acrítico,

propugnó la introducción en la clínica de la determinación de la concentración plasmática de lipoproteína(a), idea que rápidamente quedó desechada. Más reciente es la polémica acerca de la necesidad de determinar la proteína C reactiva de alta afinidad en la evaluación del riesgo cardiovascular, que en el momento presente parece que debería reservarse a lo sumo para los pacientes en situación de prevención secundaria sometidos a tratamientos invasivos. Aunque el índice tobillo-brazo es un método no invasivo, simple, barato, y a todas luces más económico en tiempo y en dinero que otros parámetros, es muy dudoso que su determinación deba universalizarse, aunque sí deberían definirse unas poblaciones en las que sería de utilidad no como “curiosidad” o “para ver cómo está” sino para cambiar la categoría de riesgo, cuando esto pudiera significar un cambio en la estrategia terapéutica. En el caso de los pacientes en prevención secundaria y también en los diabéticos, el índice tobillo brazo puede ayudar a evaluar la gravedad de la enfermedad cardiovascular y, de acuerdo con la reciente reformulación de las recomendaciones del Panel III⁴, podría modular la agresividad terapéutica. Pero donde el estudio de Lahoz et al³ representa una excelente aproximación a la cuestión de cambiar la categoría del ries-

go es en los individuos con riesgo intermedio –como antes hemos comentado– y pienso que el mayor beneficio sería para los pacientes con glucemia en ayunas anormal –con o sin síndrome metabólico establecido–, en los cuales el riesgo calculado de acuerdo con las distintas guías clínicas no está bien definido y que en éstos un índice tobillo-brazo patológico obligaría a una mayor agresividad terapéutica.

Bibliografía

1. National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*. 2002;106:3143-421.
2. Guijarro Herraiz C, García Díaz JD. Arteriosclerosis subclínica. En: Millán Nuñez-Cortés J, editores. *Medicina cardiovascular*. Barcelona: Masson; 2005. p. 1513-32.
3. Lahoz C, Vicente I, Taboada M, Laguna F, Mostaza JM. Índice tobillo-brazo y riesgo cardiovascular estimado mediante la función SCORE en sujetos no diabéticos en prevención primaria. *Clin Invest Arterioscl*. 2006;18:45-50.
4. Grundy SM, Cleeman JJ, Merz CN, Brewer HB Jr, Clark LT, Hunnigake DB, et al. National Heart, Lung, and Blood Institute; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation*. 2004;110:227-39.