

Tratamiento médico de la isquemia aguda de miembros inferiores

Sr. Director:

Se denomina síndrome de isquemia aguda al provocado por la interrupción brusca del aporte sanguíneo a un determinado territorio del organismo como consecuencia de la obstrucción súbita de la arteria que lo irriga. La distinción entre embolia arterial y trombosis arterial aguda es a veces difícil, cuando no imposible, y por esta razón en algunas ocasiones se citan ambos procesos de manera conjunta, sin tener en cuenta la etiología. Pero la historia natural, la fisiopatología y el tratamiento son distintos, por lo que se deben estudiar separadamente¹.

Existe una clasificación clínica útil para estratificar el nivel de gravedad de la isquemia aguda en una extremidad por tener relevancia clínica respecto al diagnóstico, al tratamiento y para predecir la evolución (tabla 1).

La intervención quirúrgica siempre se ha visto acompañada de alta morbilidad, tanto médica como quirúrgica. Como alternativa existe el tratamiento fibrinolítico. La administración locorregional ha permitido utilizar con éxito dosis inferiores de fármaco, con menos tasas de complicaciones hemorrágicas. La técnica consiste en colocar un catéter intraarterial en la proximidad o dentro del trombo, infundiendo a su través dosis bajas de fibrinolítico (Urokinasa®), consiguiendo una mejoría importante de los resultados en comparación con la fibrinólisis sistémica, y una tasa de complicaciones más reducida^{2,4}.

Entre 2002 y 2006, 55 pacientes han seguido tratamiento con Urokinasa® por vía intraarterial selectiva por presentar cuadro de isquemia aguda tipo I/IIA de miembros inferiores. El 95% de los pacientes son varones. Edad media 58,2 años (25-80). Entre sus antecedentes personales destaca hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y tabaquismo. Son pacientes que, previamente asintomáticos, acuden a urgencias por haber presentado un cuadro de isquemia aguda de miembros inferiores de máximo un mes de evolución que amenaza marginalmente la extremidad. Esto corresponde al grado I y IIA antes mencionado. Son cuadros clínicos en los que no hay amenaza inmediata y que han debutado con cuadro súbito de claudicación intermitente y/o leve dolor en reposo, y que por lo tanto permiten realizar un estudio completo.

A cada paciente se le realiza una arteriografía para valorar el nivel de oclusión y visualizar las características del lecho vascular posterior a la lesión. Cuando se observa la presencia de una lesión aguda en la arteriografía se intenta tratamiento fibrinolítico con Urokinasa®. Es imperativo el seguimiento en cuidados intensivos y un primer control arteriográfico a las 24 horas, que se puede prolongar si el tratamiento es efectivo pero requiere mayor tiempo para actuar sobre más territorio.

Al finalizar el tratamiento fibrinolítico se evalúan las características morfológicas de las arterias, por si existiesen lesiones susceptibles de tratamiento quirúrgico o endovascular.

Veintiocho pacientes se sometieron a tratamiento endovascular iliaco; 7 lo fueron del sector femoral. En 7 casos se descubrieron aneurismas poplíteos que requirieron de cirugía abierta, y en 13 pacientes no se evidenciaron lesiones susceptibles de otro tipo de tratamiento. A 2 pacientes se les realizó amputación supracondílea tras empeoramiento de la clínica.

El seguimiento ha sido de 4 años; la permeabilidad es del 91% (error estándar 4,4%); el salvamento de la extremidad es del 94% (error estándar 3,2%); la supervivencia es del 84% (error estándar 6%); la tasa de éxito es del 84% y el éxito total es del 81%.

Queda constancia en la literatura y en nuestros datos de que la repermeabilización de los segmentos arteriales afectados es directamente proporcional a la menor edad de los pacientes y a la menor evolución de la clínica^{2,4}.

Considerando estos resultados como buenos, podemos afirmar que el tratamiento con Urokinasa® intraarterial locorregional es

TABLA 1
Categorías clínicas de la isquemia aguda de las extremidades

Categoría	Descripción y pronóstico
I. Viable	No amenazado inmediatamente
IIa. Amenazado marginalmente	Se puede salvar con tratamiento rápido
IIb. Amenazado inmediatamente	Se puede salvar con revascularización inmediata
III. Irreversible	Es inevitable la pérdida importante de tejidos; daño neurológico permanente

Tomada de la Clasificación SVS/ISCVS.

una buena opción para el manejo de un determinado tipo de pacientes con isquemia aguda de miembros inferiores. Permite prolongar la viabilidad de una extremidad, mejorar la calidad de vida y disminuir el riesgo y el grado de amputación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vascular Surgery. En: Rutherford, editor. 6th. ed. Elsevier Saunders; 2006.
2. Becker GJ, Rabe FE, Richmond BD, Holden RW, Yune HY, Klatte EC. Low dose fibrinolytic therapy: results and new concepts. Radiology. 1983;148:663-7.
3. Ouriel K, Veith FJ, Sasahara AA. Thrombolysis of peripheral arterial surgery: phase I results. TOPAS Investigators. J Vasc Surg. 1996;23:64-73.
4. Weaver FA, Comerota AJ, Youngblood M, Froehlich J, Hosking JD, Papanicolaou G. Surgical revascularization versus thrombolysis for nonembolic lower extremity native artery occlusions: results of a prospective randomized trial. The STILE Investigators. Surgery versus thrombolysis for ischemia of the lower extremity. J Vasc Surg. 1996;24:513-21.

R. García Vidal, C. Berga Fauria, B. Gómez Moya
y V. Martín Paredero
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España.