

Madrid, mayo 2002

Mesa redonda. Isquemia crónica
de las extremidades inferiores en el adulto joven

Introducción

A. Orgaz Pérez-Grueso

La isquemia crónica de las extremidades inferiores (EEII) es, en sus diversos grados clínicos, una enfermedad que se manifiesta con más frecuencia a partir de la sexta década de la vida y cuya etiología es fundamentalmente aterotrombótica.

Su presentación en edades más precoces, por debajo de los 45 años, aporta diferencias epidemiológicas, etiopatogénicas y de pronóstico que conllevan un enfoque terapéutico diferenciado.

La verdadera incidencia del problema se desconoce. En el estudio Framingham, que es el que ofrece una mayor evidencia, un 2,3% de los varones adultos, con edades comprendidas entre los 35 y 44 años, refieren síntomas compatibles con claudicación intermitente (CI) [1]. No obstante, los grados menos avanzados de enfermedad pueden pasar desapercibidos o confundidos con otras afecciones.

La etiología de la isquemia crónica de las EEII, en edades más tempranas, es más variable e incluye tanto la no arteriosclerótica (traumática, inflamatoria, congénita, displásica, etc.) como la arterioscle-

rótica. En contra de lo que pudiera parecer, esta última es la más frecuente (>50% de los casos en este grupo de población).

El Dr. Ignacio Blanes nos presenta el tema de la arteriopatía no arteriosclerótica, de gran interés en cuanto a datos de diagnóstico diferencial y planteamiento terapéutico, derivado de su variada etiología, localización anatómica, etc.

La aterosclerosis precoz o prematura es un área de la Medicina Vascular de interés creciente durante la última década [2]. El Dr. Enrique Puras nos introduce en dos aspectos notables. Por un lado, qué factores de riesgo pueden acelerar el horizonte clínico de la enfermedad aterotrombótica en sus manifestaciones más frecuentes en los territorios coronario, EEII y carotídeo, y, por otro, si existen marcadores que puedan servir como pronóstico y utilizarse en los diversos tipos de prevención.

El tratamiento del paciente con aterosclerosis precoz de las EEII exige un enfoque terapéutico global (medicoquirúrgico) [3] y diferenciado, por varias consideraciones:

Unidad de Cirugía Vascular. Hospital Virgen de la Salud. Toledo, España.

Correspondencia:

Dr. Antonio Orgaz Pérez-Grueso. Unidad de Cirugía Vascular. Hospital Virgen de la Salud. Avda. de Barber, 30. E-45004 Toledo. E-mail: aorgaz@cht.insalud.es

Agradecimientos. A los Dres. Ignacio Blanes, Enrique Puras, Jaime Marrugat, Carles Corominas y José Porto, por su colaboración.

© 2002, ANGIOLOGÍA

- La aterosclerosis de EEII en el adulto joven, al igual que en el paciente de edad avanzada, es un marcador de aterosclerosis sistémica [4,5]; hoy se considera como un equivalente de riesgo para enfermedad coronaria, y, por tanto, subsidiaria de prevención secundaria [6]. Ésta es de vital importancia, independientemente de la edad del paciente, y el angiólogo y cirujano vascular deben formar parte activa de ella.
- El paciente joven con CI, por razones obvias, se va a sentir mucho más afectado en su calidad de vida, capacidad de trabajo, autoestima etc., por las limitaciones funcionales que la enfermedad le impone. Por ello, suele demandar más resultados positivos del tratamiento médico específico y, con frecuencia, exige terapias de revascularización en fases menos avanzadas de la enfermedad.
- Respecto a la diferencia en cuanto a pronóstico de la enfermedad de EEII en los pacientes jóvenes, comparada

con los pacientes de más edad, debemos señalar que mientras que en estos últimos el curso clínico de la CI es benigno, con tasas de amputación bajas, la enfermedad parece tener, en el adulto joven, una evolución más virulenta y con peor evolución tras la revascularización, lo que nos debe hacer reflexionar sobre cuál es su tratamiento óptimo [7].

El Dr. Jaime Marrugat revisa el tema de la modificación de los factores de riesgo y de los mecanismos patogénicos implicados.

El Dr. Carles Corominas nos presenta los métodos más adecuados de valoración de la incapacidad en la CI y qué evidencia existe en cuanto a resultados positivos en el tratamiento farmacológico y rehabilitador de esta patología, con la finalidad de ofrecerlo a este tipo de pacientes.

Finalmente, el Dr. José Porto nos expone cuáles son los resultados de la revascularización de las EEII en el arteriosclerótico joven, e intenta precisar sus indicaciones.

Bibliografía

1. Kannel WB. The Framingham study. Cigarettes and the development of intermittent claudication. *Geriatrics* 1973; 28: 61.
2. Misra A. Risk factors for atherosclerosis in young individuals. *J Cardiovasc Risk* 2000; 3: 215-9.
3. Sillesen H. El tratamiento del paciente vascular en su totalidad, y no únicamente de sus síntomas. ¿Debe el cirujano convertirse en un especialista vascular? *Angiología* 2001; 6: 377-80.
4. Valentine RJ, Graybun PA, Eichhorn EJ, Myers SI, Clagett GP. Coronary artery disease is highly prevalent among patients with premature peripheral vascular disease. *J Vasc Surg* 1994; 19: 668-74.
5. Valentine RJ, Hagino RT, Boyd PI, Kakish HB, Clagett GP. Utility of carotid duplex in young adults with lower extremity atherosclerosis: how aggressive should we be in screening young patients? *Cardiovasc Surg* 1997; 5: 408-13.
6. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program. Expert Panel on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-97.
7. Valentine RJ, Jackson MR, Modral JG, McIntyre KE, Clagett GP. The progressive nature of peripheral vascular disease in young adults. A prospective analysis of white men referred to a vascular surgery service. *J Vasc Surg* 1999; 30: 436-45.