

En esta ocasión contamos con la participación de del Dr. Larghi Roberto, experimentado cardiólogo intervencionista, ex miembro del comité de Hemodinamia de la SCR, integrante del grupo Scite Hemodinamia y frecuente participante del CLIC Latam que nos viene a hablar sobre la enfermedad vascular periférica.



@cardiorosario ¿A qué nos referimos con la enfermedad arterial periférica (EAP) de los miembros inferiores?



@robertolarghi Nos referimos a la obstrucción aterosclerótica desde los segmentos aorto ilíacos hasta las arterias del pie.



@cardiorosario ¿Es frecuente que provoque síntomas?



@robertolarghi Lamentablemente solo del 10% al 30% tiene claudicación intermitente típica (es decir, el dolor de la pantorrilla por esfuerzo que se resuelve dentro de los 10 minutos de descanso).



@cardiorosario ¿La EAP conlleva un riesgo?



@robertolarghi La evidencia indica que la EAP está fuertemente asociada con la mortalidad, principalmente como un fuerte predictor de futuros infartos de miocardio y ACV, incluso superior al de los pacientes coronarios o con enfermedad cerebrovascular por separado. Además de las complicaciones relacionadas con las extremidades, como la amputación y la isquemia aguda, que son entidades devastadoras.



@cardiorosario ¿Es marcadora de enfermedad arterial en otros territorios?



@robertolarghi Totalmente, en el estudio AGATHA los pacientes con EVP uno de cada dos tenía enfermedad arterial coronaria y/o carotídea, mientras la inversa era inferior (uno de cada tres o uno de cada cinco).



@cardiorosario ¿Cómo se hace el diagnóstico?



@robertolarghi El índice tobillo/brazo (ITB) (Razón entre la TA Sistólica en tobillo y brazo) para diagnóstico inicial, y el ultrasonido como método de primera línea para confirmar con clase I y nivel de evidencia B-C según la guía internacional o nacional que tomemos. Un ITB <0,90 tiene una sensibilidad del 75% y una especificidad del 86% para diagnosticar EAP.



@cardiorosario ¿Cuál es la evolución natural?



@robertolarghi Es mala, a 5 años un 20% de los pacientes con EVP tendrán eventos cardiovasculares no fatales (IAM /ACV) y morirán un 15-30% (las ¾ partes de causa cardiovascular).



@cardiorosario ¿Por qué cree que se da la mala evolución de estos pacientes?



@robertolarghi Es multifactorial, la falta de conocimiento ha llevado a un diagnóstico y tratamiento insuficientes de la EAP en todo el mundo. Los pacientes están infra diagnosticados y sub tratados, tanto en la utilización de antiagregación, en la utilización de estatinas y sus dosis, así como en las recomendaciones de medidas higiénico dietéticas (ejercicio y cese del tabaquismo).



@cardiorosario ¿En qué pacientes debemos medir un ITB?



@robertolarghi Pacientes sintomáticos o pacientes asintomáticos con riesgo aumentado de EAP, mayores de 65 años, o edades menores a esa, pero con factores de riesgo cardiovascular, o con DBT, o individuos con afectación de otro territorio vascular.



@cardiorosario ¿Cuándo hay indicación de realizar una angiografía?



@robertolarghi En la isquemia crónica crítica amenazante (CLI) esto es dolor de reposo, lesión tisular (úlceras, úlceras que no cura en un tiempo menor de un mes), pie DBT (osteomielitis), gangrena (seca o húmeda), ITB < 0.4 / tas pie < 50 mmHg / tcp02 < 30 mmHg y en claudicantes con limitación de calidad de vida a pesar del tratamiento médico óptimo y pensemos en revascularizar.



@cardiorosario ¿Cuándo y cómo revascularizar?



@robertolarghi En la CLI siempre que se pueda, y en el claudicante cuando esté afectada la calidad de vida del paciente. Con respecto a cómo, hay un cambio de paradigma hacia lo menos invasivo, en todas las guías está la tendencia a inclinarse hacia una terapéutica endovascular inicialmente, en todos los territorios de los miembros inferiores, pero de todas maneras deben ser discutidos en un grupo de trabajo multidisciplinario tanto los claudicantes como los CLI. La intervención multidisciplinaria es fundamental, eso mejoró la sobrevida libre de amputación y muerte en los pacientes con CLI.