

TABLA 1**Clasificación de las arteriopatías****Arteriopatías funcionales****Por vasoconstricción**

1. Síndrome y enfermedad de Raynaud.
2. Acrocianosis
3. Livedo reticularis

Por vasodilatación

1. Eritromelalgia

Por vasoconstricción y vasodilatación

1. Eritema pernio
2. Pie de trinchera y pie de inmersión
3. Congelación
2. Síndromes cervicobraquiales
3. Angioneurosis

Síndromes neurovasculares

1. Distrofia simpático-refleja

Arteriopatías orgánicas**Oclusivas**

1. Degenerativas
 - a. Ateroesclerosis obliterante
 - b. Enfermedad de Mockemborg
 - c. Necrosis quística de la media
2. Mecánicas
3. Inflamatorias (arteritis)

No Oclusivas

1. Aneurismas
2. Fístulas arteriovenosas
3. Congénitas

Traumatismos arteriales**TABLA 2****Diferencias entre embolismo y trombosis arterial aguda (trombosis in situ)**

Hallazgos clínicos	Embolismo	Trombosis
Gravedad	Isquemia completa (sin circulación colateral)	Isquemia incompleta (circulación colateral)
Comienzo	Segundos o minutos	Horas o días
Miembro afectado	Pierna:brazo 3:1	Pierna:brazo 10:1
Múltiples localizaciones	Más del 15%	Raro
Fuente de embolismo	Presenta (usualmente fibrilación auricular)	Ausente
Claudicación previa	Ausente	Presente
Palpación de la arteria	Suave	Dura, calcificada
Pulsos en miembro contralateral	Presentes	Pueden estar ausentes también
Diagnóstico	Clínico	Angiográfico
Tratamiento	Embolectomía, anticoagulantes	Médico, by-pass, trombolisis

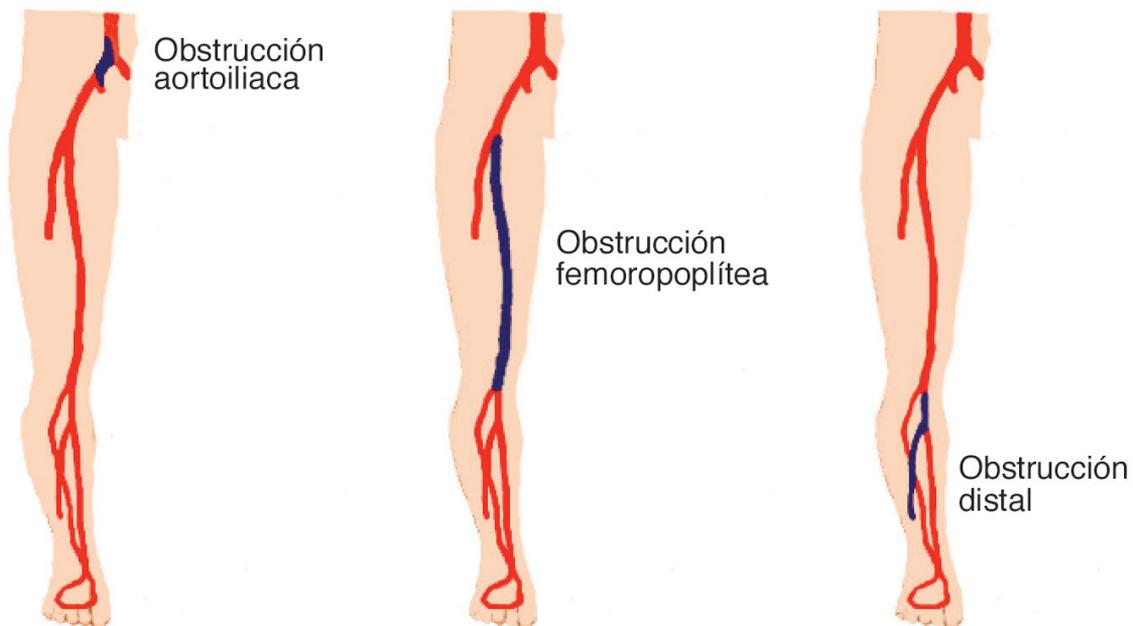


FIGURA 1. Principales localizaciones de la obstrucción crónica arterial de miembros inferiores.

TABLA 3

Cuadro clínico según la localización de la obstrucción arterial

Localización	Cuadro clínico
Obstrucción aórtica	Claudicación lumbar de muslo y cadera, ausencia de pulso femoral.
Obstrucción ilíaca	Claudicación glútea de muslo y cadera, ausencia de pulso femoral
Obstrucción hipogástrica bilateral	Impotencia sexual
Obstrucción femoral común y profunda	Claudicación del muslo
Obstrucción femoral superficial y poplítea	Claudicación de pantorrilla, ausencia de pulsos poplíteo y del pie
Obstrucción tibial y peroneal	Claudicación de pantorrilla y pie

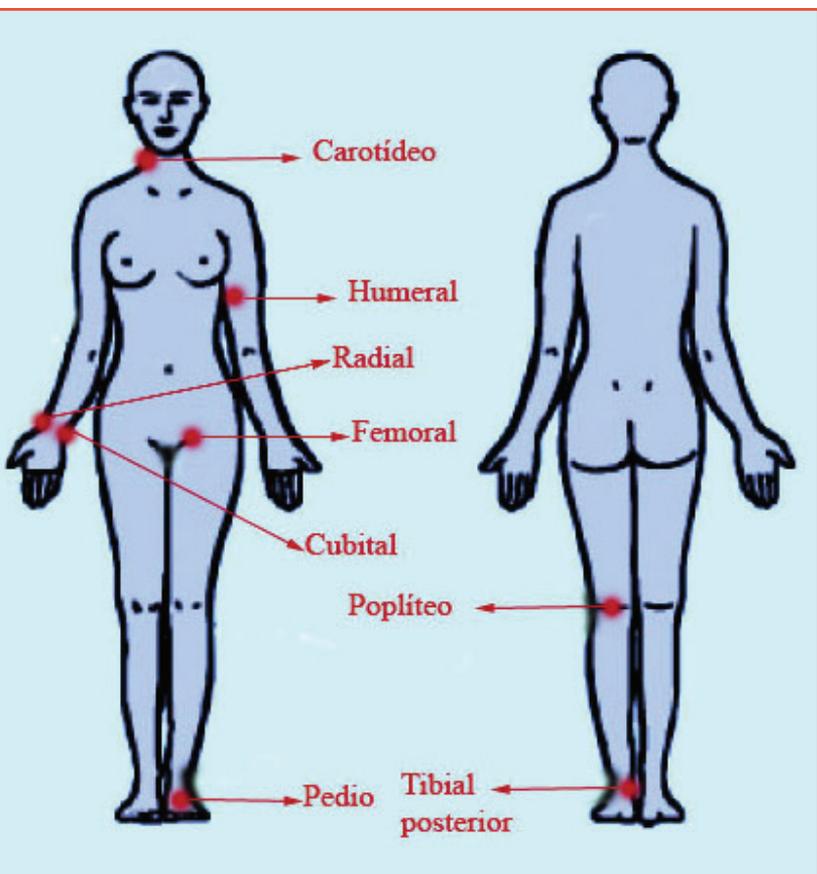


FIGURA 2. Lugares de palpación de los pulsos arteriales.

TABLA 4

Diagnóstico diferencial de las úlceras vasculares

	Localización	Dolor	Pulsos	Características	Cambios asociados
Úlcera venosa	Tobillos, maléolo interno	Mínimo, aliviado con la elevación	Normales	Superficiales, bordes irregulares con hemorragias	Edemas, venas superficiales dilatadas y tortuosas, hinchazón, aumento de temperatura
Úlcera arterial	Maléolo externo, zona interdigital, talón	Muy dolorosas, aliviado con posición declive del miembro	Débiles o ausentes	Base profunda y pálida, bordes bien definidos sin hemorragias	Ausencia de vello, uñas engrosadas, piel delgada, brillante y pálida.

TABLA 5

Clasificación de la isquemia crónica de las extremidades inferiores. Estadios clínicos de Fontaine

Grados	Cuadro clínico
I	Paciente asintomático o con síntomas inespecíficos
II	IIa Cláudicación intermitente no incapacitante (más 150 m).
	IIb Claudicación intermitente incapacitantes (menos 150 m)
III	Dolor en reposo
IV	Isquemia grave con lesiones tróficas (ulceración y gangrena)

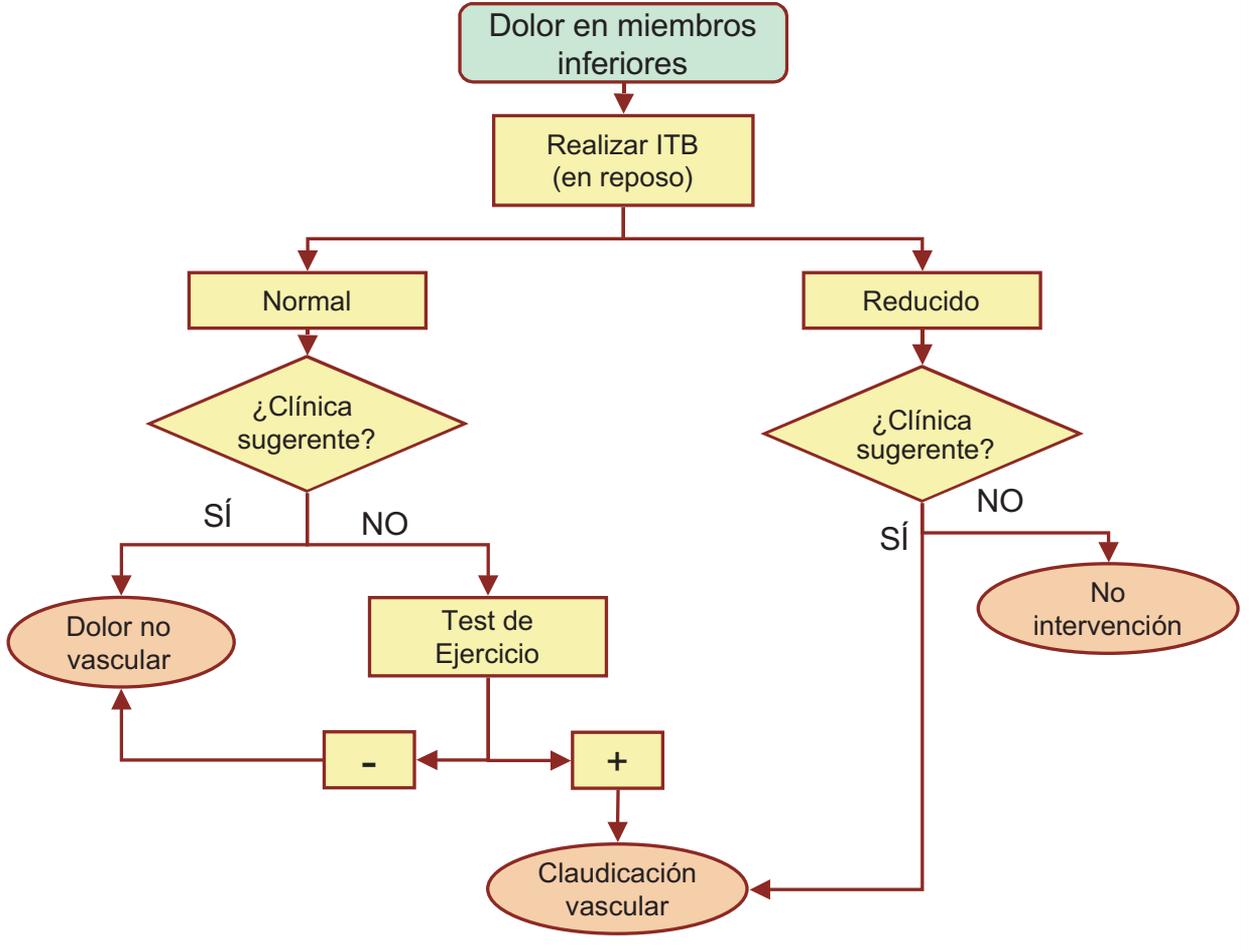


FIGURA 3. Diagnóstico de la claudicación intermitente.

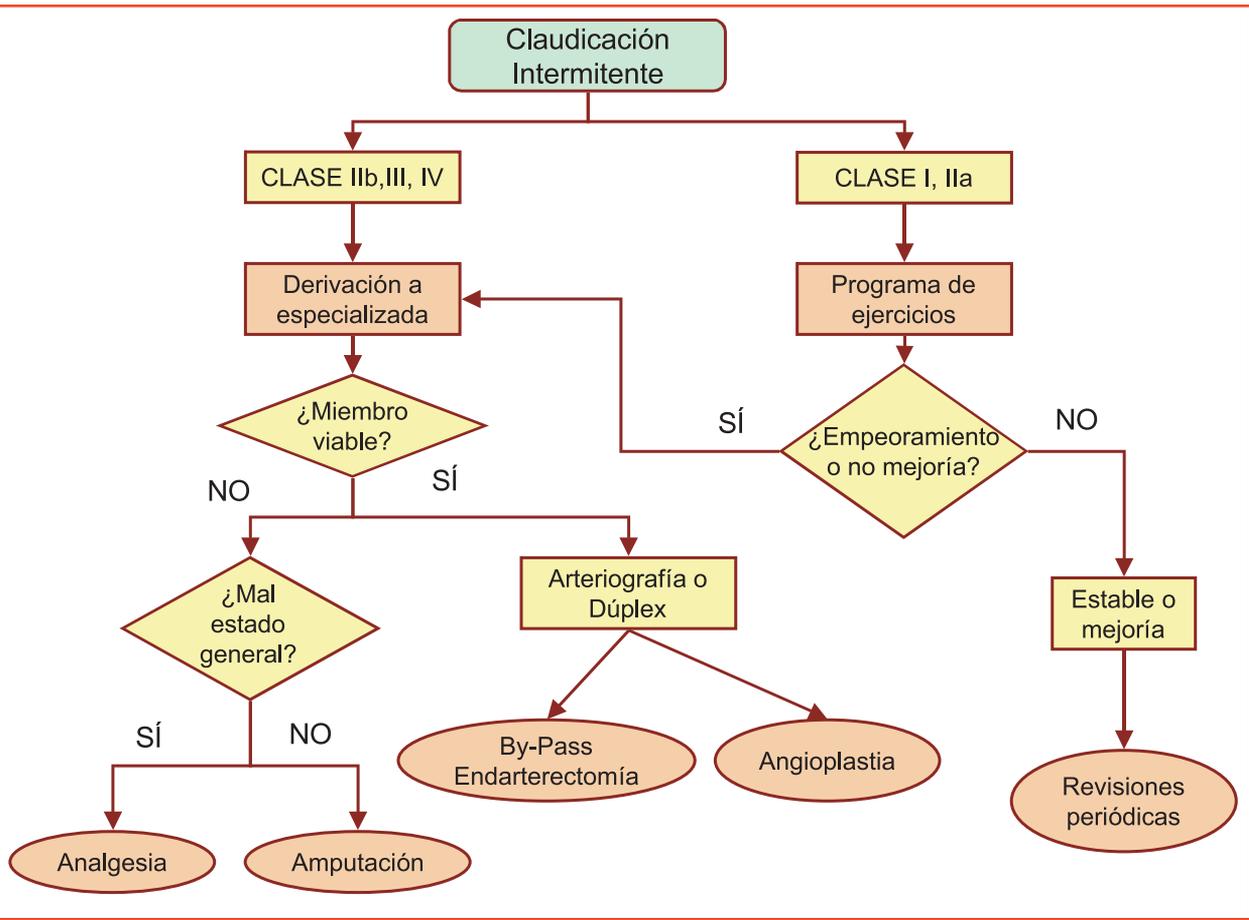


FIGURA 3. Diagnóstico de la claudicación intermitente.

GENERALIDADES

- La causa fundamental es la arteriosclerosis.
- La prevalencia aumenta con la edad y es más frecuente en varones.
- La región anatómica más frecuentemente afectada es la fémoro-poplítea.
- El tabaquismo es el factor de riesgo más importante en la génesis de la arteriopatía periférica.
- El curso natural de la enfermedad es relativamente benigno aunque la severidad de la obstrucción está relacionado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (IAM, ACV, muerte de origen CV...)

EL MEDICO semFYC EL MEDICO

ISQUEMIA AGUDA

- Es la interrupción brusca del flujo sanguíneo a un territorio del organismo.
- La causa más frecuente es la oclusión trombotica aguda de una estenosis preexistente. En menor medida de origen embólico.
- El origen de los émbolos es sobre todo de la aurícula izquierda.
- La clínica depende del territorio afectado. Incluye dolor súbito, trismus, palidez seguida de cambios perimetáricos, pérdida de fuerza, sensibilidad y conciencia de pulso distales a la lesión.
- Es imprescindible la derivación urgente al cirujano vascular.

EL MEDICO semFYC EL MEDICO

ISQUEMIA AGUDA. TRATAMIENTO

- El tratamiento inicial incluye una valoración del estado general del paciente.
- Si es de origen embólico precisa una intervención quirúrgica urgente (embolectomía).
- Si se sospecha trombosis arterial se realizará angiografía urgente preoperatoria que determinará la técnica quirúrgica.
- Si el tiempo de evolución es superior a 6 horas la isquemia es irreversible y con frecuencia es necesaria la amputación.

EL MEDICO semFYC EL MEDICO

1. Generalidades.

2. Isquemia aguda.

3. Isquemia aguda. Tratamiento.

SÍNDROME DE ISQUEMIA CRÓNICA

- La causa fundamental es la arteriosclerosis.
- Los miembros inferiores constituyen la principal localización.
- La isquemia no se manifiesta hasta que la obstrucción es mayor del 70% de la luz arterial.
- El síntoma más frecuente es la claudicación intermitente.
- La exploración física debe abarcar todo el árbol arterial e incluye la inspección y la palpación de los pulsos.
- Los signos de mal pronóstico son: dolor en reposo, la aparición de úlceras dolorosas y la gangrena.

EL MEDICO semFYC EL MEDICO

CLASIFICACION FUNCIONAL (FONTAINE)

Grados	Cuadro clínico
I	Paciente asintomático o con síntomas inespecíficos
II	Ila Claudicación intermitente no incapacitante (>150m)
	Irb Claudicación intermitente incapacitante (<150 m)
III	Dolor en reposo
IV	Isquemia grave con lesiones tróficas (ulceración y gangrena)

EL MEDICO semFYC EL MEDICO

ISQUEMIA CRÓNICA. DIAGNÓSTICO

- Basado fundamentalmente en la historia clínica y la palpación de pulsos arteriales.
- El método diagnóstico no invasivo por excelencia es la ultrasonografía doppler, para la determinación del índice tobillo-brazo (ITB).
- Otras pruebas diagnósticas de utilidad son el dúplex de ultrasonidos y la arteriografía.
- El diagnóstico diferencial debe realizarse con las radiopatías y con las insuficiencias venosas principalmente.

EL MEDICO semFYC EL MEDICO

4. Síndrome de isquemia crónica.

5. Clasificación funcional (Fontaine).

6. Isquemia crónica. Diagnóstico.

TRATAMIENTO

- En los estadios I y IIa el tratamiento debe ser conservador.
- La medida más eficaz es el control de los factores de riesgo.
- Otro aspecto importante son las medidas higiénico-dietéticas, ejercicio físico programado y cuidado de los pies.
- El factor de riesgo principal es el tabaquismo, su abandono debe ser absoluto.
- El control de la presión de la tensión arterial y de los lípidos de colesterol son medidas con alto grado de evidencia científica.

EL MEDICO semFYC EL MEDICO

TRATAMIENTO (II)

- El tratamiento con antiagregantes plaquetarios es beneficioso para mejorar el pronóstico de la enfermedad y reducir de forma significativa la morbimortalidad.
- Los principales antiagregantes utilizados son el AAS, la ticlopidina y el clopidogrel. De ellos el de elección es el AAS, quedando como segunda alternativa el clopidogrel.
- Entre los agentes hemorreológicos destacamos la pentoxifilina y el cilostazol, este último no disponible en España.
- El uso de vasodilatadores, nifedipinas, miorrelajantes, prostaglandinas... es muy limitado, no existiendo evidencia de su beneficio.

EL MEDICO semFYC EL MEDICO

TRATAMIENTO (III)

- Los criterios de derivación a Atención Especializada son:
 - Sospecha de isquemia arterial aguda.
 - Carencia de recursos o existencia de dudas diagnósticas razonables.
 - Presencia de síntomas limitantes a pesar de tratamiento conservador correcto.
 - Ausencia de pulso femoral.
 - Pacientes con isquemia crítica.
 - Pacientes con aneurismas aórticos abdominales.
 - Pacientes con isquemia transtoria de territorio carotídeo.

EL MEDICO semFYC EL MEDICO

7. Tratamiento.

8. Tratamiento (II).

9. Tratamiento (III).