

SINDROME DE ISQUEMIA CRÓNICA DE LOS MMII

Conjunto de síntomas y signos derivados de la obstrucción crónica y progresiva de las arterias del sector aortoiliaco y femoro-popliteo-distal

Etiopatogenia

- ❑ Aterosclerosis.
 - ❑ Formación de placas de ateroma por depósito lipídico, engrosamiento de la íntima.
 - ❑ Estenosis y obstrucción de la arteria.
 - ❑ De forma progresiva, desarrollándose circulación colateral.
-

Clínica

- ❑ Caída de la presión distal a la lesión compensada por la circulación colateral.
 - ❑ Claudicación intermitente.
 - ❑ Disminución de temperatura
 - ❑ Dolor de reposo
 - ❑ Lesiones tróficas. Gangrena
-

Clínica: estadios clínicos de Fontaine

- ❑ Grado I: asintomático
- ❑ Grado II: claudicación intermitente
 - ❑ IIa: largas distancias, no incapacitante
 - ❑ IIb: cortas distancias, incapacitante.
- ❑ Grado III: Dolor de reposo
- ❑ Grado IV: Lesiones tróficas, Gangrena.

Indicación terapéutica en función grado

Exploración física

- ❑ Palpación de pulsos.
 - ❑ Auscultación de soplos femorales.
 - ❑ Inspección: ausencia de vello, disminución de temperatura, palidez, cianosis
 - ❑ Lesiones tróficas en dedos o pies
-

Diagnóstico

☐ Doppler

- Estudio de presiones segmentarias a 4 niveles
 - ☐ gradiente de 30 mm Hg indicativo de obstrucción

☐ Índice de YAO (tobillo/brazo)

- TAS en maleolo/ TAS en brazo
 - ☐ Índice de presión/perfusión, compara diferentes situaciones clínicas en un paciente y permite su comparación con otros pacientes

☐ Claudicometria

Diagnóstico

- ❑ Eco-doppler color
 - ❑ cartografía lesional
 - ❑ curvas de velocidad arterial mediante análisis espectral de frecuencias de sonido
 - ❑ RM angio, angioTC, arteriografía
-

Tratamiento

- ❑ Equivalente anginoso
 - ❑ Mortalidad a 5 años > 30%
 - Supresión de los factores de riesgo vascular
 - ❑ tabaquismo, HTA, diabetes, dislipemia, obesidad
 - Ejercicio físico: supervisado ?
 - Médico:
 - ❑ Antiagregantes plaquetarios (AAS, trifusal, clopidogrel)
 - ❑ Estatinas
 - ❑ Hemorreológicos: pentoxifilina
-

Tratamiento

- Cirugía Endovascular

- angioplastia, stent

- Cirugía Convencional

- Tromboendarterectomía, by pass (venoso, protésico)

Sector aorto-ilíaco

- ❑ Lesiones obstructivas o estenóticas de la Aorta Abdominal y/o ejes ilíacos.
 - ❑ Lugar de asiento más frecuente en pacientes jóvenes (hasta 60 años).
-

Síndrome de Leriche

- ❑ Obstrucción completa de la aorta abdominal infrarrenal
 - ❑ Impotencia (disminución de la presión de perfusión en a. ilíacas internas)
 - ❑ Ausencia de pulsos femorales
-



Clínica. Exploración

- ❑ Claudicación intermitente glútea y muslos.
 - ❑ Ausencia de pulsos femorales ó pulsos femorales débiles, soplos femorales.
-

Diagnóstico

- ❑ Doppler: Índices proximales disminuidos.
 - ❑ Curvas de velocidad femoral indicativas de lesión proximal.
 - ❑ arteriografía, angiotac, angioresonancia: lesión en aorta y/o ejes ilíacos.
-

Tratamiento

- Lesiones cortas iliacas: ATP, stent, stent recubierto

- Lesiones extensas

 - Cirugía anatómica:

 - TEA global aorto-iliaca / Iliofemoral

 - By pass (Dacron, PTFE)

 - Aorto-bifemoral / Aorto-femoral / ilio-femoral



Tratamiento.

- ☐ cirugía extraanatómica
 - pacientes de edad avanzada, alto riesgo, abdomen hostil
 - Cirugía menos agresiva que el abordaje directo:
 - ☐ By pass axilo-bifemoral
 - ☐ By pass axilo-femoral unilateral
 - ☐ By pass femoro-femoral
-



Sector femoro-popliteo-distal

- ❑ Lesiones mas frecuentes en pacientes añosos
 - ❑ Lesión de femoral superficial, poplítea, troncos distales
-

Sector femoro-popliteo-distal

- ❑ Con mas frecuencia estadios clínicos más avanzados, alta probabilidad de amputación menor o mayor.
 - ❑ Frecuente asociación con la diabetes: peor pronóstico por patología distal asociada
 - ❑ Claudicación intermitente gemelar y plantar
 - ❑ Ausencia de pulsos poplíteo y distales
-

Sector femoro-popliteo-distal

- ❑ Doppler: índice proximal normal y gradientes F/P patológicos (40 mm Hg).
 - ❑ Curvas de velocidad: normal a nivel femoral, y obstrucción en poplítea y distales
 - ❑ Angio TC, RM angio, arteriografía
-

Tratamiento

- Endovascular en lesiones cortas
 - atp, stent, stent recubierto
 - Cirugía abierta:
 - by pass femoro-popliteo a 1ª, 2ª y 3ª
 - VSA invertida o insitu
 - Prótesis PTFE peor permeabilidad a 5 años
 - TEA (poco utilizada)
 - lesiones cortas de AFS, sustituida por ATP
-



