

PATOLOGÍA VASCULAR PERIFÉRICA

Dra. Gara Alcalá García del Río

M.I.R. en Cirugía General y del Aparato Digestivo

ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA

Síndrome clínico producido por la interrupción brusca del aporte sanguíneo.

A) EMBOLIA ARTERIAL:

- Es la oclusión brusca de una arteria sana, por un material emigrado, formado a distancia y arrastrado por la corriente sanguínea.
- El origen mas frecuente es cardiaco (ACxFA., mixomas, etc), aunque los émbolos pueden provenir de lesiones arteriales como los aneurismas. Existe un 2-3% donde no es posible encontrar una causa de la isquemia aguda embolígena.
- El destino de los émbolos arteriales en un 60% corresponde a la circulación cerebral pero tras estos es habitual que lleguen a extremidades inferiores.
- La edad media de los pacientes que la sufren es de 75 años, siendo mas frecuente en mujeres.
- **Clínica:** Clásicamente se habla de las 5 P:
 - Palidez (pallor)
 - Parestesias (parestesias)
 - Parálisis (parálisis)
 - Dolor (pain): el más importante (70%), aumentando con el movimiento.
 - Ausencia de pulsos (pulselessness)

B) TROMBOSIS ARTERIAL:

- Es la oclusión sobre un vaso con lesión de su pared.
- El origen suele ser la arterioesclerosis, la evolución de la placa de ateroma.
- **Factores de riesgo:** tabaquismo, diabetes, HTA, hipercolesterolemia, etc.
- **Clínica:** Suelen tener antecedente de claudicación intermitente. La clínica no tiene un carácter tan agudo como en las embolias.

	EMBOLIA	TROMBOSIS
Claudicación intermitente	Raro	+++
Cardiopatía embolígena	+++	raro
Instauración	repentina	larvada
Diabetes	raro	+++
Tabaquismo	raro	+++

DIAGNOSTICO DE LA ISQUEMIA AGUDA

- Se basa en la historia clínica junto con la exploración física.
- Ante una extremidad inferior fría, pálida, con dolor y sin presencia de pulsos es necesario solicitar un eco-doppler.
- Si en eco se observa stop brusco se tiene que comunicar al servicio de Cirugía Vasculard de referencia y trasladar.

TRATAMIENTO DE LA ISQUEMIA AGUDA

- En función del origen y evolución del cuadro se debe realizar:
 - Embolectomía
 - Amputación
 - Anticoagulación
 - Anticoagulación + Embolectomía
 - Fibrinólisis, dilatación, by-pass, endoprótesis.....

TROMBOSIS VENOSA

Básicamente, quieren decir "coágulo" en una vena. El Sistema venoso de los miembros inferiores, se halla dividido en *venas profundas* y *venas superficiales*, pudiendo existir dicho coágulo (trombo) en cualquiera de ellos. Muy raramente es en ambos en forma simultánea.

A) TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL (TVS)

- Suele llamarse "flebitis". El sufijo -itis, indica un proceso inflamatorio: la piel suele estar roja, caliente y dolorosa, además del edema.
- En ocasiones se visualiza el cordón flebítico.

- Desafortunadamente, muchos médicos, tratan dicho proceso con antibióticos, siendo completamente innecesario, pues la mayoría de las veces no existe infección alguna, siendo la causa de dicho proceso las varices de las que es portadora el paciente.
- La sangre se “estanca” en dichas venas enfermas existiendo la posibilidad de que se trombosen al no circular, especialmente ante la inactividad. Tratando las várices del sistema venoso superficial, se evita esta situación.
- Si dicho proceso de trombosis ocurre sin varices el médico debe descartar otras causas.
- En caso de consultar por haberse instalado la enfermedad, el médico evaluará el tratamiento a seguir, que podrá consistir en analgésicos y elastocompresión (venda o media elástica), o el drenaje del coágulo mediante un gesto quirúrgico.
- En la mayoría de los casos no es necesaria la anticoagulación, salvo que esté asociada a una trombosis venosa profunda u otra causa que la justifique. En ocasiones se recomienda dar Anticoagulación a dosis profilácticas.

B) TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)

- Está asociada al sistema venoso profundo, localizándose la mayoría de las veces en la pierna, aunque puede extenderse hasta el muslo y aún más arriba.
- Esta situación es grave, pues la punta del coágulo, “flota” en el torrente venoso, pudiéndose desprender y dar lugar a un tromboembolismo pulmonar (TEP), con el riesgo de vida que ello conlleva.
- **Factores de riesgo:** Triada de Virchow que consiste en estasis venoso, daño endotelial y alteraciones en la coagulación. Entre ellos se encuentran:
 - Inmovilizaciones
 - Edad > 40 años
 - Historia familiar
 - Anticonceptivos orales
 - Embarazo y puerperio
 - Obesidad
 - Neoplasma,...
- **Clínica:**
 - Aumento de volumen de la extremidad
 - Tumefacción muscular
 - Dolor sordo, agudo y central que aumenta con la actividad física y disminuye con el reposo
 - Coloración cianótica de la piel por congestión venosa cutánea
 - Aumento de la temperatura respecto a la contralateral
 - Limitación de la dorsiflexión del pie (signo de Homans)
- **Diagnóstico:** La historia clínica y la exploración física son lo más importante, pero en ocasiones insuficientes para el diagnóstico de certeza, por lo que están indicadas las siguientes exploraciones complementarias:
 - **Dímero D:** es muy sensible pero poco específico por lo que niveles negativos permiten excluir con fiabilidad un diagnóstico de TVP.
 - **Eco-doppler venoso:** alta sensibilidad y especificidad, es la técnica de elección diagnóstica.
- **Tratamiento:**
 - **Objetivos:**
 - Disminuir el riesgo de TEP
 - Detener la extensión del proceso trombótico
 - Contribuir a la lisis del trombo
 - Disminuir las recidivas y la incidencia de síndrome posttrombótico
 - En este caso, sí está indicada la **anticoagulación**, la que se hará por un período aproximado de seis meses.
 - Se acompaña de **tratamiento postural:**
 - Posición de Trendelenburg.
 - Reposo durante 72h, que suele bastar para estabilizar el trombo.
 - Dieta astringente.
 - Tras este periodo se aconseja la deambulacion con vendaje compresivo.