

Conferencias y Simposios

SIMPÓSIO: Redefiniendo el riesgo cardiorenal, una mirada integral

Coordinador: Carlos Buso

Enfermedad arterial periférica: la complicación olvidada

María Ranz

Médica especialista en Diabetología y Nutrición, Jefa del Servicio, Clínica Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una manifestación aterosclerótica de muy alto riesgo que, en las personas con diabetes mellitus (DM), se asocia con mayor incidencia de eventos cardiovasculares mayores, eventos adversos en miembros inferiores, deterioro funcional, úlceras, infección, amputación y peor calidad de vida. A pesar de ello, continúa siendo una complicación subdiagnosticada. La ausencia de claudicación típica, la coexistencia de neuropatía periférica, la reducción de la actividad física por comorbilidades osteoarticulares y la frecuente calcificación arterial dificultan su reconocimiento y retrasan el diagnóstico.

Los objetivos fueron: revisar por qué la EAP sigue siendo una complicación olvidada en DM y proponer un enfoque práctico para su pesquisa, diagnóstico, estratificación y tratamiento dentro del riesgo cardiorenal global.

La evidencia reciente obliga a considerar la EAP no solo como “enfermedad limitada al pie diabético”, sino como un marcador de aterosclerosis sistémica. En la consulta deben buscarse activamente disminución de la tolerancia a la marcha, dolor en reposo, heridas que no cicatrizan, cambios de color o temperatura y disminución de pulsos. El examen sistemático del pie y la palpación de pulsos siguen siendo herramientas irremplazables. El índice tobillo-brazo en reposo constituye la prueba inicial recomendada ante la sospecha clínica y el cribado es razonable en personas de mayor riesgo. En pacientes con arterias no compresibles o con sospecha persistente a pesar de un resultado no diagnóstico, el índice dedo-brazo mejora la detección. La estratificación debe distinguir EAP asintomática, EAP sintomática, isquemia crónica amenazante del miembro e isquemia aguda; frente a lesión o úlcera, el sistema WIfi agrega valor para estimar cicatrización, riesgo de amputación y necesidad de revascularización.

El tratamiento requiere abandono del tabaco, ejercicio supervisado, estatinas en dosis de alta intensidad, control de la presión arterial, antiagregación y selección individualizada de rivaroxabán asociado a aspirina. En DM2, los agonistas del receptor GLP-1 y los inhibidores de SGLT2 se integran al manejo cardiorenal. La información proveniente del estudio STRIDE aporta evidencia directa sobre mejoría funcional en EAP sintomática, mientras que los estudios SUSTAIN 6 y FLOW refuerzan un marco macrovascular y cardiorenal más amplio.

En DM, la EAP debe buscarse antes de que se exprese como úlcera, infección o amenaza de amputación. Reconocerla a tiempo permite intervenir sobre el riesgo cardiovascular sistémico, preservar la función y mejorar los eventos en miembros inferiores.

Bibliografía

- . Gornik HL, et al. 2024 ACC/AHA/Multisociety Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease. Circulation. 2024.
- Das SR, et al. Management of Peripheral Artery Disease in Adults With Diabetes. J Am Coll Cardiol. 2025;86.
- . Bonaca MP, et al. Semaglutide and walking capacity in people with symptomatic peripheral artery disease and type 2 diabetes (STRIDE). Lancet. 2025;405:1580-1593.
- . Perkovic V, et al. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2024.

Palabras clave: enfermedad arterial periférica; diabetes.

SYMPOSIUM: Redefining cardiorenal risk: a comprehensive approach

Coordinator: Carlos Buso

Peripheral arterial disease: the forgotten complication

María Ranz

Medical specialist in Diabetology and Nutrition, Head of Service, Reina Fabiola Clinic, Córdoba, Argentina

Peripheral arterial disease (PAD) is a very high-risk atherosclerotic manifestation that, in people with diabetes, is associated with major adverse cardiovascular events, adverse limb events, functional decline, ulceration, infection, amputation, and poorer quality of life. Nevertheless, it remains underdiagnosed. The absence of typical claudication, coexistence of peripheral neuropathy, reduced physical activity due to musculoskeletal comorbidities, and frequent medial arterial calcification all contribute to delayed recognition.

To review why PAD remains an overlooked complication in diabetes and to propose a practical approach for screening, diagnosis, stratification, and treatment within a global cardiorenal risk framework. Development: Recent evidence supports viewing PAD not merely as 'leg disease' but as a marker of systemic atherosclerosis. Clinicians should actively inquire about reduced walking capacity, rest pain, non-healing wounds, skin colour or temperature changes, and diminished pulses. Systematic foot examination and pulse palpation remain essential. Resting ankle-brachial index is the recommended initial test when PAD is suspected, and screening is reasonable in individuals at increased risk. In patients with non-compressible arteries or persistent suspicion despite a non-diagnostic result, toe-brachial index improves detection. Stratification should distinguish asymptomatic PAD, chronic symptomatic PAD, chronic limb-threatening ischaemia, and acute limb ischaemia; when wounds or ulcers are present, the WIfI system adds prognostic value for healing, amputation risk, and revascularization need. Treatment requires smoking cessation, supervised exercise, high-intensity statins, blood pressure control, antiplatelet therapy, and individualized use of vascular-dose rivaroxaban plus aspirin. In type 2 diabetes, GLP-1 receptor agonists and SGLT2 inhibitors are integrated into broader cardiorenal management; STRIDE provides direct evidence of functional benefit in symptomatic PAD, whereas SUSTAIN 6 and FLOW support a wider macrovascular and cardiorenal perspective.

In diabetes, PAD should be actively sought before it manifests as ulceration, infection, or threatened amputation. Early recognition allows timely intervention on systemic vascular risk while preserving function and limb outcomes.

Key words: peripheral arterial disease; diabetes.