

15. VASCULOPATÍA OCLUSIVA EXTRACRANEAL, ISQUEMIA AGUDA MESENTÉRICA Y RENAL, Y SUS LIMITACIONES EN LA CONDUCCIÓN

VASCULOPATÍA OCLUSIVA EXTRACRANEAL

Las diferentes formas de enfermedades oclusivas en las arterias carótidas, vertebrales y subclavias producen cuadros clínicos muy diversos.

La *oclusión unilateral de la carótida* puede producir ceguera ipsilateral, hemiplejía contralateral y afasia, transitorias y de duración variable.

La *oclusión del sistema vertebrobasilar* suele producir síntomas bilaterales que afectan a ambos brazos o piernas, con vértigo, zumbido de oídos, mareo, visión doble (diplopía) y disartria (dificultad para articular las palabras).

Es posible la pérdida de conocimiento con rápida recuperación, dejando como secuela sólo mareo residual o moderada ataxia (dificultad para coordinar los movimientos).

ISQUEMIA AGUDA MESENTÉRICA

La obstrucción brusca de la arteria mesentérica superior (AMS) produce en pocas horas gangrena intestinal.

La embolia de la AMS se origina en pacientes con antecedentes de cardiopatía como fibrilación auricular, infarto agudo de miocardio, válvulas artificiales o embolismos previos y asociados. Provoca dolor abdominal agudo periumbilical acompañado con frecuencia de vómitos y diarreas, que evoluciona en pocas horas hacia la muerte. La trombosis de la AMS se desarrolla sobre la estenosis previa de una placa de ateroma. La clínica es más insidiosa.

ISQUEMIA RENAL AGUDA

La embolia renal unilateral es la causa más frecuente de isquemia renal aguda, aunque en un 30% de los casos puede ser bilateral. El dolor puede ser brusco o progresivo en la fosa renal, de carácter continuo y no irradiado. Se suele acompañar de fiebre, hipertensión, náuseas, vómitos y anuria en casos bilaterales o con riñón único.

El tratamiento es conservador con heparinización y fibrinolíticos, y en los casos indicados, intervencionista mediante embolectomía o derivación, según el origen sea embólico o trombótico.

La nefrectomía se reserva para casos de isquemia renal irreversible.

Consejos para los conductores con vasculopatía oclusiva extracraneal

- ▶ Ante un episodio isquémico transitorio por oclusión unilateral de la carótida, se desaconseja la conducción hasta que el especialista valore las secuelas y si éstas son compatibles con la conducción.

15. VASCULOPATÍA OCLUSIVA EXTRACRANEAL, ISQUEMIA AGUDA...

- ▶ Estos pacientes deben conocer el posible riesgo de repetición de estos episodios, lo que hará que se conciencien del peligro asociado a la conducción.
- ▶ Los pacientes con oclusión parcial de carótida pueden sufrir cierre completo con ciertos movimientos o posturas del cuello forzadas que con frecuencia se realizan al maniobrar el vehículo. En este sentido, el vehículo debe tener un asiento alto, cómodo, con el respaldo recto y un buen apoyo del reposacabezas. Los espejos retrovisores panorámicos y ajustados evitarán las posturas forzadas del cuello.
- ▶ Se desaconseja la conducción a los pacientes que limiten voluntariamente los movimientos del cuello intentando evitar la oclusión completa de carótida.
- ▶ Si conduciendo notan alguna deficiencia sensitiva o motora, aunque sea mínima, deben aparcar el vehículo en una zona sin riesgo de accidente y solicitar ayuda.
- ▶ Los síntomas producidos por la oclusión del sistema vertebrobasilar imposibilitan la conducción por la pérdida completa del control del vehículo.
- ▶ Los estudios vasculares específicos confirmarán el diagnóstico y el riesgo de sufrir episodios de repetición. En estos casos no se puede conducir.

Consejos para los conductores con isquemia mesentérica aguda

- ▶ La isquemia mesentérica es una situación clínica tan grave que impide la conducción.
- ▶ Si el paciente supera el episodio agudo, no puede conducir hasta que la causa de la obstrucción de la AMS se encuentre solucionada y el paciente recuperado en su totalidad, con informe médico que así lo indique.
- ▶ La cirugía requiere cuidados postoperatorios que incluyen no realizar esfuerzos, sobrecargas, movimientos forzados, ni sufrir golpes en la zona. Por tanto, durante este periodo se desaconseja la conducción hasta el alta definitiva de la cirugía, que será informada por el cirujano con sus recomendaciones, incluida la conducción.
- ▶ No se podrá conducir hasta que el foco embólico se encuentre controlado.
- ▶ Los pacientes anticoagulados tienen mayor riesgo de sufrir hemorragias ante pequeños golpes, por lo que deben extremar su seguridad en la conducción.

Consejos para los conductores con isquemia renal aguda

- ▶ Es un cuadro clínico grave que imposibilita conducir hasta la completa resolución y recuperación, que será indicada por el médico especialista.
- ▶ En los casos de cirugía, la herida quirúrgica incapacita la conducción.
- ▶ Por tanto, durante este periodo se desaconseja conducir hasta el alta definitiva de la cirugía, que será informada por el cirujano con sus recomendaciones y precauciones, incluida la conducción.
- ▶ No se puede conducir mientras persista el riesgo de nuevas embolias o el foco embólico no se encuentre controlado.
- ▶ Los pacientes anticoagulados tienen mayor riesgo de sufrir hemorragias ante pequeños golpes, por lo que deben extremar su seguridad en la conducción.