

DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA: CORRELAÇÃO ENTRE DIABETES MELLITUS E COMPLICAÇÕES VASCULARES

PERIPHERAL OBSTRUCTIVE ARTERIAL DISEASE: CORRELATION BETWEEN DIABETES MELLITUS AND VASCULAR COMPLICATIONS

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.061-024>

Leandro Petronetto Loureiro

Médico pelo Centro Universitário UniRedentor – Afya
E-mail: Leandropetronetto@gmail.com

Evelise Jardini Bellini

Medicina pela UNIMAX
E-mail: evelisejardini@gmail.com

Maria Júlia Calheiros Santos Diniz

Medicina pela São Camilo
E-mail: Majucsdiniz@gmail.com

Yanna Carrelo Monari Pellarin

Medicina, FACERES
E-mail: Yanna.monari@hotmail.com

Jôse Micaely da Silva Lima

Medicina pelo Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UniFacema CAXIAS-MA
E-mail: mycka_elly@hotmail.com

Mayara Galdino Campos dos Santos

Medicina pela Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO – Afya
E-mail: mayara.c.galdino@hotmail.com

Gabriela Savazzini de Oliveira

Medicina, EMESCAM (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória)
E-mail: gabriela.savoli@gmail.com

Thiago Gaban Trigueiro

Medicina pela Universidade Potiguar – UNP
E-mail: thiagogaban@gmail.com

Victor Silva Oliveira

Medicina, UniCEUB
E-mail: Victor.so@sempreceub.com

RESUMO

A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) é uma manifestação da aterosclerose sistêmica que afeta principalmente as artérias dos membros inferiores. O Diabetes Mellitus (DM) é seu principal fator de risco

modificável, multiplicando em até 4x a chance de desenvolvimento e acelerando sua progressão. A associação entre DAOP e DM altera o perfil anatômico e clínico da doença: predomina obstrução distal, calcificação da camada média e sintomas atípicos ou silenciosos, por associação com neuropatia. Essa combinação eleva drasticamente o risco de úlceras, isquemia crítica, amputações maiores e mortalidade cardiovascular. O artigo aborda epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e prevenção, com foco na correlação entre ambas as condições e na redução de complicações.

Palavras-chave: DAOP; Diabetes Mellitus; Aterosclerose; Isquemia Crítica; Pé Diabético; Amputação.

ABSTRACT

Peripheral Arterial Occlusive Disease (PAOD) is a manifestation of systemic atherosclerosis that primarily affects the arteries of the lower limbs. Diabetes Mellitus (DM) is its main modifiable risk factor, increasing the likelihood of developing the disease by up to fourfold and accelerating its progression. The association between PAOD and DM alters the disease's anatomical and clinical profile: distal obstruction, medial layer calcification, and atypical or silent symptoms (due to associated neuropathy) predominate. This combination drastically increases the risk of ulcers, critical ischemia, major amputations, and cardiovascular mortality. This article addresses epidemiology, pathophysiology, clinical presentation, diagnosis, treatment, and prevention, focusing on the correlation between the two conditions and the reduction of complications.

Keywords: PAOD; Diabetes Mellitus; Atherosclerosis; Critical Ischemia; Diabetic Foot; Amputation.

1 INTRODUÇÃO

A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) constitui uma importante manifestação da aterosclerose sistêmica, caracterizada pela redução progressiva do fluxo sanguíneo arterial para os membros inferiores em decorrência de estenose ou oclusão arterial. Estima-se que afete mais de 200 milhões de pessoas em todo o mundo, configurando-se como um relevante problema de saúde pública. No Brasil, a prevalência varia entre 8% e 12% na população acima de 60 anos, podendo alcançar 30% a 40% entre indivíduos diabéticos com mais de 50 anos. Além do comprometimento vascular periférico, a DAOP representa um marcador de aterosclerose difusa, estando associada a aumento significativo do risco de eventos cardiovasculares maiores, como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e morte cardiovascular.

O Diabetes Mellitus (DM) é um dos principais fatores envolvidos na gênese e progressão da DAOP, influenciando de maneira substancial sua história natural, apresentação clínica e prognóstico. A

hiperglicemia crônica promove disfunção endotelial, inflamação vascular persistente, estresse oxidativo e aceleração da aterosclerose, favorecendo o desenvolvimento precoce e agressivo da doença arterial periférica.

Nos pacientes diabéticos, a DAOP tende a surgir 10 a 15 anos mais precocemente em comparação à população não diabética. Além disso, apresenta predileção pelo acometimento das artérias infrapoplíteas, especialmente os vasos tibiais e fibulares, resultando em padrões de doença mais extensos e tecnicamente mais complexos para revascularização. A presença frequente de calcificação da camada média arterial (esclerose de Mönckeberg) contribui para maior rigidez vascular, redução da complacência arterial e limitações diagnósticas, particularmente na interpretação do índice tornozelo-braquial (ITB).

Outro aspecto relevante é que a neuropatia diabética periférica pode mascarar os sintomas clássicos da DAOP, como a claudicação intermitente, levando a apresentações oligossintomáticas ou assintomáticas. Consequentemente, muitos pacientes são diagnosticados apenas em estágios avançados da doença, quando já apresentam isquemia crônica ameaçadora do membro, ulcerações, infecções ou gangrena.

A prevalência da DAOP em indivíduos com DM varia entre 15% e 20%, podendo atingir aproximadamente 40% entre aqueles com mais de 65 anos. O diabetes aumenta em duas a quatro vezes o risco de desenvolvimento da doença e está associado a um risco de amputação de membros inferiores até dez vezes maior quando comparado à população não diabética. Adicionalmente, pacientes com a associação DAOP-DM apresentam piores taxas de cicatrização, maior incidência de reestenose após procedimentos de revascularização e maior frequência de internações hospitalares.

Do ponto de vista prognóstico, a coexistência de DAOP e DM está relacionada a elevadas taxas de morbimortalidade. Estudos demonstram mortalidade aproximada de 20% no primeiro ano e de até 50% em cinco anos, predominantemente por eventos cardiovasculares aterotrombóticos. Dessa forma, a identificação precoce da DAOP em pacientes diabéticos assume papel fundamental para prevenção de amputações, preservação funcional dos membros e redução do risco cardiovascular global.

Considerando que cerca de 50% dos pacientes permanecem assintomáticos ou apresentam sintomas discretos, especialmente aqueles com neuropatia diabética, estratégias de rastreamento tornam-se essenciais. Recomenda-se avaliação periódica dos fatores de risco cardiovasculares, exame vascular dos membros inferiores, palpação de pulsos periféricos e realização do Índice Tornozelo-Braquial (ITB), complementados por métodos como ultrassonografia Doppler vascular, angiotomografia ou angiorressonância quando clinicamente indicados. O diagnóstico precoce possibilita intervenção oportuna por meio de controle rigoroso dos fatores de risco, terapia antitrombótica, estatinas, otimização do controle glicêmico e procedimentos de revascularização quando necessários, reduzindo significativamente o risco de perda de membro e mortalidade cardiovascular.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter qualitativo, realizada com o objetivo de analisar a Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) e sua relação com o Diabetes Mellitus, enfatizando os mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas, diagnóstico, complicações vasculares e impacto prognóstico.

A busca bibliográfica foi conduzida em junho de 2026 nas bases de dados PubMed, LILACS, SciELO e Latindex, contemplando publicações dos últimos 15 anos. Foram utilizados, de forma isolada ou combinada, os seguintes descritores: “Doença Arterial Obstrutiva Periférica”, “Diabetes Mellitus”, “Aterosclerose”, “Isquemia Crítica”, “Pé Diabético” e “Amputação”.

Foram incluídos artigos científicos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol que abordassem a associação entre Diabetes Mellitus e DAOP, seus mecanismos fisiopatológicos, fatores de risco, manifestações clínicas, métodos diagnósticos, tratamento e desfechos clínicos. Foram excluídos estudos duplicados, teses, dissertações, editoriais, cartas ao editor e publicações sem relação direta com o tema proposto.

Inicialmente, realizou-se a triagem dos estudos por meio da leitura dos títulos e resumos. Posteriormente, os artigos potencialmente elegíveis foram analisados na íntegra quanto aos objetivos, metodologia, principais resultados e conclusões. Os dados obtidos foram sintetizados de forma descritiva, visando reunir e discutir as evidências mais relevantes sobre a DAOP em pacientes com Diabetes Mellitus.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA NO DIABETES MELLITUS

A associação entre Diabetes Mellitus (DM) e Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) resulta de uma complexa interação entre alterações metabólicas, inflamatórias, trombóticas e vasculares induzidas pela hiperglicemia crônica. Essas alterações promovem aterosclerose acelerada, comprometimento da função endotelial e prejuízo dos mecanismos de reparo tecidual, culminando em maior incidência de isquemia crítica dos membros inferiores, ulcerações e amputações.

3.2 MECANISMOS MOLECULARES E CELULARES

A hiperglicemia persistente desencadeia múltiplas vias bioquímicas responsáveis pela lesão vascular diabética.

3.3 FORMAÇÃO DE PRODUTOS FINAIS DE GLICAÇÃO AVANÇADA (AGES)

A glicação não enzimática de proteínas, lipídios e ácidos nucleicos leva à formação dos produtos finais de glicação avançada (Advanced Glycation End Products – AGEs). Essas moléculas acumulam-se na parede vascular e interagem com receptores específicos (RAGE – Receptor for Advanced Glycation End Products), ativando vias pró-inflamatórias intracelulares, especialmente o fator nuclear kappa B (NF-κB). Como consequência, ocorre aumento da produção de citocinas inflamatórias, moléculas de adesão leucocitária, espécies reativas de oxigênio (ERO) e fatores pró-trombóticos, favorecendo a progressão da aterosclerose.

3.4 ESTRESSE OXIDATIVO E DISFUNÇÃO MITOCONDRIAL

A hiperglicemia promove superprodução de radicais livres pelas mitocôndrias, resultando em estresse oxidativo crônico. Esse fenômeno reduz a biodisponibilidade de óxido nítrico (NO), potencializa a oxidação da LDL e contribui para a instabilidade das placas ateroscleróticas.

3.5 ATIVAÇÃO DA PROTEÍNA QUINASE C (PKC)

O aumento intracelular de diacilglicerol induz ativação da proteína quinase C, promovendo vasoconstrição, aumento da permeabilidade vascular, proliferação de células musculares lisas e expressão de fatores pró-inflamatórios e pró-coagulantes. Esse mecanismo favorece o remodelamento vascular patológico e a progressão das lesões ateroscleróticas.

3.6 VIA DA HEXOSAMINA

O excesso de glicose é desviado para a via da hexosamina, resultando em alterações na expressão gênica e aumento da síntese de mediadores inflamatórios, fatores de crescimento e proteínas relacionadas à fibrose vascular.

3.7 DISFUNÇÃO ENDOTELIAL

A lesão endotelial representa um evento central na fisiopatologia da DAOP diabética. A redução da produção de óxido nítrico compromete a vasodilatação dependente do endotélio, favorecendo vasoconstrição, agregação plaquetária, adesão leucocitária e aumento da permeabilidade vascular à lipoproteína de baixa densidade (LDL). Essas alterações aceleram o desenvolvimento e a progressão da aterosclerose.

3.8 CALCIFICAÇÃO ARTERIAL MEDIAL

A calcificação da camada média arterial, frequentemente observada em pacientes diabéticos, resulta da diferenciação osteogênica das células musculares lisas vasculares induzida por mediadores inflamatórios e distúrbios metabólicos. Conhecida como esclerose de Mönckeberg, essa alteração promove rigidez arterial acentuada, redução da complacência vascular e limitações diagnósticas, especialmente pela ocorrência de valores falsamente elevados do índice tornozelo-braquial (ITB).

3.9 ESTADO PRÓ-TROMBÓTICO

Pacientes diabéticos apresentam hiperreatividade plaquetária, aumento dos níveis de fibrinogênio, fator tecidual e inibidor do ativador do plasminogênio-1 (PAI-1), além de redução da fibrinólise. Esse estado pró-trombótico favorece a oclusão arterial e aumenta o risco de eventos isquêmicos agudos

3.10 PADRÃO ANATÔMICO DA DOENÇA NO DIABETES

A distribuição anatômica das lesões arteriais difere substancialmente entre pacientes diabéticos e não diabéticos.

Nos indivíduos sem diabetes, a aterosclerose periférica acomete predominantemente os segmentos aortoiliaco e femoropoplíteo. Em contraste, nos pacientes diabéticos, aproximadamente 70% das lesões localizam-se distalmente ao joelho, envolvendo as artérias tibial anterior, tibial posterior e fibular.

Além da localização distal, a DAOP diabética caracteriza-se por:

- Doença multissegmentar;
- Lesões mais extensas e difusas;
- Maior grau de calcificação arterial;
- Menor desenvolvimento de circulação colateral efetiva;
- Maior complexidade técnica para procedimentos de revascularização.

Esse padrão anatômico está associado a maior incidência de isquemia crônica ameaçadora do membro e piores desfechos clínicos.

3.11 INTERAÇÃO COM AS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES

A gravidade da DAOP no paciente diabético decorre não apenas da doença macrovascular, mas também da interação com outras complicações microvasculares e neurológicas do diabetes.

3.12 NEUROPATIA DIABÉTICA PERIFÉRICA

A neuropatia sensitivo-motora reduz a percepção dolorosa, térmica e vibratória dos membros inferiores. Dessa forma, muitos pacientes não apresentam claudicação típica ou sintomas de alerta,

resultando em atraso diagnóstico e progressão silenciosa da isquemia. Além disso, deformidades biomecânicas do pé aumentam a ocorrência de pontos de pressão e ulceração.

3.13 MICROANGIOPATIA DIABÉTICA

O espessamento da membrana basal capilar e a disfunção microvascular comprometem a perfusão tecidual, a oferta de oxigênio e nutrientes e os mecanismos de cicatrização. Embora a microangiopatia não seja a principal causa da DAOP, ela agrava significativamente a evolução das lesões isquêmicas.

3.14 DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA

A hiperglicemia reduz a quimiotaxia, fagocitose e atividade bactericida dos neutrófilos, além de comprometer a resposta imune celular. Como consequência, feridas aparentemente pequenas podem evoluir rapidamente para infecções profundas, osteomielite e sepse.

3.15 SÍNDROME DO PÉ DIABÉTICO

A convergência entre neuropatia, DAOP, microangiopatia e imunossupressão funcional culmina na síndrome do pé diabético, uma das principais causas de hospitalização e amputação não traumática em todo o mundo.

Dessa forma, a DAOP associada ao Diabetes Mellitus deve ser compreendida como uma condição vascular sistêmica complexa, caracterizada por aterosclerose acelerada, inflamação crônica, comprometimento microvascular e elevada morbimortalidade cardiovascular, exigindo diagnóstico precoce e abordagem multidisciplinar para redução do risco de amputações e eventos cardiovasculares maiores.

4 QUADRO CLÍNICO E COMPLICAÇÕES

4.1 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E ESTADIAMENTO DA DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

A apresentação clínica da Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) é variável e depende da extensão anatômica das lesões arteriais, do grau de comprometimento hemodinâmico e da capacidade de desenvolvimento da circulação colateral. Embora muitos pacientes permaneçam assintomáticos por longos períodos, a progressão da doença pode culminar em isquemia crônica ameaçadora do membro, associada a elevadas taxas de amputação e mortalidade cardiovascular.

O estadiamento clínico tradicionalmente utilizado é a Classificação de Fontaine, amplamente empregada para avaliação da gravidade da doença e definição prognóstica.

4.2 ESTÁGIO I – ASSINTOMÁTICO

Caracteriza-se pela presença de aterosclerose arterial periférica sem manifestações clínicas evidentes. Apesar da ausência de sintomas, exames complementares podem demonstrar redução do fluxo arterial, especialmente por meio do Índice Tornozelo-Braquial (ITB), ultrassonografia Doppler ou métodos angiográficos.

Pacientes nesta fase frequentemente apresentam doença aterosclerótica sistêmica concomitante, com risco aumentado de eventos cardiovasculares maiores, incluindo infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Estima-se que uma parcela significativa dos indivíduos com DAOP permaneça não diagnosticada nesta etapa.

4.3 ESTÁGIO II – CLAUDICAÇÃO INTERMITENTE

Caracteriza-se pelo surgimento de dor, desconforto, fadiga, sensação de peso ou câibras musculares desencadeadas pelo exercício físico e aliviadas pelo repouso. Os sintomas resultam do desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio durante o esforço.

A localização da dor geralmente corresponde ao segmento arterial acometido:

- Região glútea e coxa: lesões aortoiliacas;
- Panturrilha: acometimento femoropoplíteo;
- Pé e tornozelo: doença infrapoplíteo.

A classificação de Fontaine subdivide este estágio em:

4.4 ESTÁGIO IIA

- Claudicação leve;
- Distância de marcha superior a 200 metros.

4.5 ESTÁGIO IIB

- Claudicação moderada a grave;
- Distância de marcha inferior a 200 metros;
- Maior limitação funcional e impacto na qualidade de vida.

Nos pacientes diabéticos, a neuropatia periférica frequentemente reduz a percepção dolorosa, tornando a claudicação atípica ou ausente. Como consequência, muitos indivíduos apresentam doença avançada sem sintomas proporcionais à gravidade da obstrução arterial.

4.6 ESTÁGIO III – DOR ISQUÊMICA EM REPOUSO

Representa uma fase avançada da DAOP e decorre da redução crítica da perfusão tecidual mesmo na ausência de atividade física.

A dor isquêmica ocorre tipicamente:

- Em repouso;
- Durante a noite;
- Localizada nos pés ou antepé;
- Com piora na posição supina;
- Alívio parcial ao colocar o membro em posição pendente ou ao caminhar brevemente.

Essa manifestação resulta da incapacidade do fluxo arterial atender às necessidades metabólicas basais dos tecidos. Frequentemente associa-se a alterações tróficas da pele, resfriamento do membro, palidez à elevação e rubor de declive.

A presença de dor isquêmica em repouso constitui marcador de elevado risco para progressão para perda de membro.

4.7 ESTÁGIO IV – LESÕES TRÓFICAS E ISQUEMIA CRÔNICA AMEAÇADORA DO MEMBRO

Corresponde ao estágio mais grave da doença, caracterizado por comprometimento tecidual irreversível decorrente de hipoperfusão crítica prolongada.

As manifestações incluem:

- Úlceras isquêmicas;
- Feridas de difícil cicatrização;
- Necrose tecidual;
- Gangrena seca ou úmida;
- Infecções associadas;
- Exposição óssea ou tendínea em casos avançados.

Atualmente, esse estágio integra o conceito de Isquemia Crônica Ameaçadora do Membro (ICAM), condição clínica definida pela presença de dor isquêmica em repouso, ulceração ou perda tecidual associadas à insuficiência arterial objetivamente documentada.

Nos pacientes diabéticos, a ICAM apresenta características particulares:

- Predomínio de lesões distais nos pés e pododáctilos;
- Associação frequente com neuropatia periférica;
- Maior incidência de infecção secundária;
- Cicatrização prejudicada;

- Maior necessidade de revascularização;
- Risco substancialmente elevado de amputação maior.

A mortalidade associada à ICAM é comparável à observada em diversas neoplasias malignas, podendo ultrapassar 50% em cinco anos, principalmente em decorrência de eventos cardiovasculares aterotrombóticos.

4.8 LIMITAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE FONTAINE

Embora amplamente utilizada, a classificação de Fontaine apresenta limitações, especialmente em pacientes diabéticos. A neuropatia periférica pode mascarar sintomas isquêmicos, levando à subestimação da gravidade clínica. Por esse motivo, sistemas mais recentes, como a classificação Rutherford e o sistema WIfI (Wound, Ischemia and foot Infection), vêm sendo utilizados para avaliação mais precisa do risco de amputação e da necessidade de revascularização.

Assim, a progressão da DAOP desde a fase assintomática até a Isquemia Crônica Ameaçadora do Membro representa um continuum clínico associado ao aumento progressivo do risco de incapacidade funcional, amputação e mortalidade cardiovascular, reforçando a importância do diagnóstico precoce e da intervenção terapêutica oportuna.

4.9 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

- Úlceras do pé diabético: 40–60% têm componente isquêmico; taxa de não cicatrização > 30%
- Infecção e osteomielite: Progressão rápida em ambiente hipóxico
- Amputação: Risco 8–15x maior; no Brasil, 70% das amputações não traumáticas estão associadas ao DM + DAOP
- Eventos cardiovasculares: 2–3x mais infarto e AVC do que DAOP isolada

5 DIAGNÓSTICO

5.1 TRIAGEM E EXAME FÍSICO

- Indicação: Todos os diabéticos > 50 anos; ou > 40 anos com outros fatores de risco; ou com duração > 10 anos
- Exame: Inspeção de pele, pulsos, temperatura, coloração e preenchimento capilar

5.2 MÉTODOS COMPLEMENTARES

- Índice Tornozelo-Braquial (ITB): Padrão-ouro. Valor normal 0,9–1,3. < 0,9 confirma DAOP; < 0,4 = ICAM. Atenção: calcificação pode elevar ITB (>1,3), mascarando o diagnóstico — medir pressão no dedo ou índice dedo-braquial

- Doppler arterial: Avalia velocidade e padrão de fluxo
- Angiotomografia ou angiorressonância: Para planejamento de revascularização
- Angiografia convencional: Exame definitivo e terapêutico simultâneo

6 TRATAMENTO: CONTROLE E CORREÇÃO DOS FATORES

O objetivo é: aliviar sintomas, preservar o membro, evitar complicações e reduzir risco cardiovascular.

6.1 CONTROLE METABÓLICO

- HbA1c: Meta < 7% (individualizar; evitar hipoglicemia em idosos ou ICAM)
- Medicamentos: Preferir agentes com benefício cardiovascular — SGLT2 inibidores e GLP-1 análogos, recomendados pela SBD e ACC para DM + doença vascular

6.2 MODIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO

- Tabagismo: Abandono imediato — reduz risco de progressão em 50%
- Dislipidemia: LDL < 70 mg/dL; uso de estatinas em alta dose
- Hipertensão: Meta < 130/80 mmHg; evitar betabloqueadores não seletivos sem indicação
- Exercício físico: Caminhada supervisionada 3x/semana, 30–45 min — melhora a circulação colateral

6.3 TERAPIA MEDICAMENTOSA ESPECÍFICA

- Antiagregantes plaquetários: AAS 75–100 mg/dia ou clopidogrel 75 mg/dia; combinação em casos de alto risco
- Cilostazol: Melhora claudicação e distância de caminhada
- Anticoagulação: Indicada apenas em casos específicos ou após intervenção

6.4 REVASCULARIZAÇÃO

- Endovascular: Primeira escolha na maioria dos casos, especialmente lesões distais; angioplastia com ou sem stent
- Cirurgia aberta: Enxerto venoso ou protético; reservada para casos complexos
- Meta: Restaurar fluxo arterial suficiente para cicatrização de feridas e alívio da dor

7 CONCLUSÃO

A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) associada ao Diabetes Mellitus constitui uma das manifestações mais graves da doença aterosclerótica sistêmica, caracterizando-se por evolução mais precoce, acometimento predominantemente distal, maior complexidade anatômica e prognóstico significativamente mais desfavorável quando comparada à população não diabética. A hiperglicemia crônica desencadeia uma série de mecanismos fisiopatológicos que promovem disfunção endotelial, inflamação vascular persistente, estresse oxidativo e estado pró-trombótico, acelerando a progressão da aterosclerose e comprometendo a perfusão dos membros inferiores.

Além do dano macrovascular, a associação com neuropatia periférica, microangiopatia e disfunção imunológica contribui para o diagnóstico tardio, pior cicatrização tecidual e maior suscetibilidade a infecções, favorecendo a ocorrência de ulcerações, isquemia crônica ameaçadora do membro e amputações. Nesse contexto, a DAOP deve ser reconhecida não apenas como uma doença localizada dos membros inferiores, mas como um importante marcador de risco cardiovascular global, associado a elevadas taxas de morbimortalidade.

Dessa forma, o reconhecimento precoce dos pacientes de risco, aliado à implementação de estratégias abrangentes de prevenção e tratamento, é fundamental para modificar a história natural da doença. O controle rigoroso dos fatores de risco cardiovasculares, a otimização do controle glicêmico, o uso de terapias farmacológicas baseadas em evidências, a vigilância sistemática do pé diabético e a indicação oportuna de procedimentos de revascularização quando necessários constituem pilares essenciais para a redução de amputações, preservação funcional dos membros e melhora da sobrevida. Assim, uma abordagem multidisciplinar e integrada permanece indispensável para minimizar o impacto clínico, social e econômico da DAOP em pacientes com Diabetes Mellitus.

REFERÊNCIAS

1. JACC 2025: Management of PAD in Adults With Diabetes
2. PMC 2025: PAD in Diabetic Foot: One Disease Multiple Patterns
3. Diretrizes SBD 2025 – Sociedade Brasileira de Diabetes
4. Diretrizes SBACV 2024 – Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
5. Circulation Research 2024: Mechanisms linking Diabetes and PAD