

## VASCULITIS INFRECUENTE: UN CASO DE TROMBOANGÉITIS OBLITERANTE DE BUERGER

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Boccadoro A, Costa M, Gómez MA y col. Vasculitis infrecuente: un caso de tromboangiitis obliterante de Buerger. *Rev Arg Med* 2017;5(4):266-268

### INFREQUENT VASCULITIS: A CASE OF BUERGER'S DISEASE [THROMBOANGIITIS OBLITERANS]

Agustín Boccadoro, Mariano Costa, María Amalia Gómez, Sebastián González Horcada, Silvina Liuzzi, Noely Quetglas

Recibido: 15 de septiembre de 2017.

Aceptado: 29 de octubre de 2017.

Hospital Interzonal General de Agudos San Martín, La Plata

#### RESUMEN

**Introducción.** La tromboangiitis obliterante es una afección inflamatoria segmentaria no aterosclerótica de los vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre, típica de las extremidades y estrechamente vinculada al consumo de tabaco en cualquiera de sus formas, en especial el cigarrillo. Por lo general, se presenta en varones jóvenes de entre 40 y 45 años. Presenta distribución mundial aunque su prevalencia es mayor en el Mediterráneo, Oriente Medio y Asia. La prevalencia en los varones está descendiendo con el declive en el consumo de tabaco.

**PALABRAS CLAVE.** Vasculitis, tromboangiitis obliterante, Buerger.

#### ABSTRACT

*Thromboangiitis obliterans is a non-atherosclerotic, segmental inflammatory affection of the small and medium-sized blood vessels, typical of the extremities and closely related to tobacco consumption in all its forms, especially cigarettes.*

*It is usually observed in young men of 40-45 years old. It is distributed worldwide, although its prevalence is higher around the Mediterranean, in the Middle East and Asia. Its prevalence in men is decreasing with the decline in tobacco consumption.*

**KEY WORDS.** Vasculitis, Thromboangiitis obliterans, Buerger.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

#### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Agustín Boccadoro. Av. 1 1794, B1904CFU La Plata, Buenos Aires. Tel.: (+549221) 409-3279. Correo electrónico: agus\_boccadoro@hotmail.com





## Introducción

La tromboangeítis obliterante es una afección inflamatoria segmentaria no aterosclerótica de los vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre, típica de las extremidades y estrechamente vinculada al consumo de tabaco en cualquiera de sus formas, en especial el cigarrillo.

Por lo general, se presenta en varones jóvenes de entre 40 y 45 años. Presenta distribución mundial aunque su prevalencia es mayor en el Mediterráneo, Oriente Medio y Asia. Su prevalencia en hombres está descendiendo con el declive en el consumo de tabaco.

En general, las pruebas para descartar la presencia de vasculitis, estados de hipercoagulabilidad, anticuerpos antifosfolípidos y un origen proximal de las embolias son negativas. Hasta un 30% de los pacientes con enfermedad de Buerger muestran un anticoagulante lúpico positivo aislado que no tiene mayor significancia clínica.

El aspecto de las arterias proximales es normal en la angiografía y la enfermedad suele tener una localización infrapoplítea en las extremidades inferiores y distal a la arteria braquial en las extremidades superiores. En la angiografía, la obliteración arterial lleva a la aparición de vasos colaterales con un aspecto de "sacacorchos" que a veces puede no estar presente. La oclusión vascular en la enfermedad de Buerger lleva con frecuencia a la pérdida de dedos y, si el tabaco persiste, a la pérdida de grandes cantidades de tejido (p. ej., manos o pies). Esto sucede en el 40% o más de los pacientes que siguen fumando. A pesar de la intensa afectación de los vasos de las extremidades, es prácticamente infrecuente la afectación de órganos internos.

La abstinencia completa de tabaco es la piedra angular del tratamiento de la enfermedad de Buerger. No dejar de fumar se asocia con un elevado riesgo de pérdida de extremidades por amputación. Ninguna otra intervención terapéutica, incluidos los corticoides y la anticoa-

gulación, tiene efectos llamativos sobre la enfermedad. El tratamiento actual es de carácter paliativo, busca atenuar el dolor isquémico, estimular la cicatrización de las úlceras isquémicas y evitar la amputación. Eso incluye el uso de análogos de prostaglandinas (iloprost), antagonistas de canales de calcio (amlodipino y nifedipina), ácido acetilsalicílico, factores de crecimiento angiogénico (VEGF), opioides y simpatectomía, además de otros agentes vasoactivos como buflomedilo y cilostazol. La revascularización en general no es una opción viable puesto que la mayoría de los pacientes carecen de un vaso distal con el que realizar la derivación.

Otras terapias que se han utilizado con cierto éxito son la colocación de una aguja de Kirschner en el canal medular de la tibia para estimular la angiogénesis, la utilización de compresión neumática intermitente para promover el flujo sanguíneo hacia el pie y la aplicación de antagonistas de endotelina como bosentán.



## Caso clínico

Paciente de 39 años con antecedentes de tabaquismo y enolismo que consulta por presentar lesiones isquémico-necróticas en ambos dedos índices de las manos y dedos del pie izquierdo, además de dolor. Ingresa hemodinámicamente estable, taquicárdico, afebril, sin requerimientos de oxígeno y lúcido. Al examen físico presenta disminución de pulso pedio, trastornos tróficos ungueales, parestesias y decoloración blanco azulada de dedos de manos.

Se realizó estudio de laboratorio que mostró hematocritos: 42%, leucocitos: 8900 plaquetas: 235.000, eritrosedimentación: 5 mm/1h, PCR: 5,08 mg/l, serologías de virus de inmunodeficiencia humana, virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C: negativas, panel inmunológico (anticuerpos anti-nucleares: negativo, anticentrómero: negativo, C3: 107, C4: 32, el patrón de fluorescencia citoplasmático [ANCA-C] y el patrón de fluorescencia perinuclear [ANCA-P]: negativos, scl-70: negativo, factor reumatoideo: negativo, anticuerpos anti-ribonucleoproteína [Anti-RNP]: negativo), panel hematológico (tiempo de tromboplastina parcial activada [KPTT] 33.5", crioglobulinas: negativo, anticardiolipinas: negativo y anticoagulante lúpico: negativo). Se realiza una capilaroscopia que resulta normal. Se descarta una afección del tejido conectivo y trombofilia y se interpreta la decoloración de manos como acrocianosis. El test de Allen resulta negativo (<7 seg).

La ecografía doppler de miembros superiores e inferiores revela una disminución de la velocidad de flujo a nivel de tercio medio de la arteria tibial anterior izquierda asociada a una ausencia de flujo en la arteria pedia. Posteriormente se realiza una angiografía de los cuatro miembros que muestra una oclusión de la arteria tibial anterior y la peronea de miembro inferior izquierdo y ramos digitales de los dedos pulgar e índice de ambos miembros superiores con visualización parcial. La revascularización se contraindica por la

ausencia de un vaso distal viable para restablecer el flujo. Habiéndose descartado previamente la afección del tejido conectivo, sobre la base de los estudios complementarios de imágenes, junto con los datos epidemiológicos y clínicos del paciente, se interpreta el cuadro clínico como probable tromboangiitis obliterante de Buerger.

Se inicia un tratamiento con aspirina, con una dosis de 100 mg/día; cilostazol, 100 mg/12 h; nifedipina, 30 mg/12 h; buflomedilo, 300 mg/12 h; omeprazol, 20 mg/día y, para el manejo del dolor, tramadol 50 mg/6 h. Se indica cesación del hábito tabáquico y actividad física aeróbica.

El paciente evoluciona favorablemente. En un nuevo control hematológico, se registra anticoagulante lúpico positivo con un valor cercano al punto de corte que se toma como referencia.

## Conclusión

La enfermedad de Buerger es relativamente infrecuente en nuestro medio. Se diagnostica prácticamente por la exclusión de otras afecciones, en particular la arteriopatía periférica aterosclerótica, las enfermedades del tejido conectivo, vasculitis y trombofilias. Su prevalencia está descendiendo con el declive en el consumo de productos derivados del tabaco. La presentación típica que se describe en la bibliografía involucra a hombres jóvenes que consumen o fuman tabaco durante, al menos, 10 años.

La relevancia del caso presentado radica en la relativa infrecuencia en nuestro medio y a la tendencia actual de los hombres de fumar menos y las mujeres más, ya que es posible que, con el paso del tiempo, se modifique la presentación actual que hoy describimos y conocemos como típica. Eso se apoya en que los reportes de casos de enfermedad de Buerger en mujeres jóvenes son cada vez más frecuentes. **RAM**

## Bibliografía consultada

- Piazza G, Creager MA. Thromboangiitis obliterans. *Circulation* 2010;121:1858
- Olin JW. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *N Engl J Med* 2000;343:864
- Olin JW. Otras arteriopatías periféricas. Consultado en: Goldman L, Ausiello D. *Cecil Tratado de Medicina Interna*. 23a ed. Vol. II. Barcelona: Elsevier; 2009, p 569-572
- Malecki R, Zdrojowy K, Adamiec R. Thromboangiitis obliterans in the 21st century —a new face of disease. *Atherosclerosis* 2009;206:328
- Bozkurt AK, Köksal C, Demirbas MY, et al. A randomized trial of intravenous iloprost (a stable prostacyclin analogue) versus lumbar sympathectomy in the management of Buerger's disease. *Int Angiol* 2006;25:162
- Bozkurt AK, Cengiz K, Arslan C, et al. A stable prostacyclin analogue (iloprost) in the treatment of Buerger's disease: a prospective analysis of 150 patients. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2013;19:120
- Labropoulos N, Watson WC, Mansour MA, et al. Acute effects of intermittent pneumatic compression on popliteal artery blood flow. *Arch Surg* 1998;133:1072