



Clínica cotidiana

Quando el dolor en las extremidades significa peligro

Jorge Luis Orihuela de la Cal

Centro de Salud El Doctoral. Santa Lucía de Tirajana (Las Palmas de Gran Canaria).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de agosto de 2020

Aceptado el 28 de octubre de 2021

On-line el 16 de noviembre de 2021

Palabras clave:

Tabaco

Enfermedad de Buerger

Arterias

Isquemia

Keywords:

Tobacco

Buerger's disease

Arteries

Ischemia

R E S U M E N

Se presenta caso clínico de una afectación con baja incidencia en mujeres y no frecuente en nuestro medio (0,5-5,6 %). Se trata de la enfermedad de Buerger o tromboangiítis obliterante, habitual en personas fumadoras sin otro factor cardiovascular añadido.

Como médicos de familia, debemos sospecharla en pacientes con dolor progresivo y de larga evolución en la zona distal de las extremidades superiores e inferiores, asociado a cambios de coloración y temperatura. El consumo de tabaco resulta ser un factor desencadenante.

La promoción y prevención sanitaria es nuestra principal arma en su control y erradicación.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

When pain in the limbs means danger

A B S T R A C T

A clinical case of an affectation with low incidence in women and not frequent in our environment (0,5-5,6%) is presented. It is Buerger's disease or thromboangiitis obliterans, related to smokers without any other cardiovascular factor added.

As family doctors, we should suspect it in patients with progressive and long-standing pain, at the distal level of the upper and lower extremities, associated with changes in color and temperature; where tobacco use turns out to be a trigger factor.

Health promotion and prevention is our main weapon in its control and eradication.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Mujer de 38 años de edad, soltera y con estudios universitarios, trabaja como profesora de Educación Secundaria.

Es valorada en la consulta de atención primaria (AP) por presentar algia intermitente en las manos y sobre todo en las extremidades inferiores; lleva años de evolución y sin control. Consigue poca mejoría tomando paracetamol. La intensidad de los síntomas es mayor en bipedestación y se queja de claudicación de la marcha y de dolor en reposo. Para calmar el dolor y la ansiedad consume más tóxicos.

Fumadora de 20-30 cigarrillos/día; consumo intermitente de cocaína y cannabis. No relata otros datos relevantes.

Examen físico: onicodistrofia, sequedad cutánea, reducción/abolición bilateral de los pulsos pedios y tibial posterior, frialdad y alteración en la coloración distal de las manos y los pies; lesión necrótica puntiforme en el tercer dedo de la mano derecha (Fig. 1); otras lesiones similares en el primer dedo del pie derecho y en el segundo del pie izquierdo.

Índice tobillo-brazo (ITB) < 0,5; eco-doppler: flujo sanguíneo arterial distal (manos y pies) anormal.

Hemograma y bioquímica sin alteraciones; anticuerpos antinucleares y antifosfolípidos negativos, incluyendo otros estudios de autoinmunidad y complemento.

Se pauta tratamiento inicial con ácido acetilsalicílico (100 mg/día), amlodipino (10 mg/día), comprimidos analgésicos y educación higiénico-sanitaria; se fomentan hábitos saludables y se insiste en la importancia de la abstinencia de tóxicos.

Es remitida con carácter preferente al Servicio de Cirugía Vascular y a la Unidad de Atención a la Drogodependencia.

Durante el ingreso hospitalario es completado el estudio con angio-TAC, en la que se hallan signos de estenosis, oclusiones segmentarias de las arterias poplíteas y cubital, vasos tortuosos con imagen en sacacorchos; no hay calcificaciones ni aterosclerosis; no se observan fuentes embolígenas.

Ecocardiograma normal.

Biopsia arterial compatible con tromboangéitis obliterante.



Figura 1 – Lesión necrótica en el pulpejo del tercer dedo de la mano derecha.

Tabla 1 – Criterios diagnósticos para la enfermedad de Buerger^{4,5}

Inicio de síntomas isquémicos	En menores de 45 años
Antecedentes	Historia de abuso de tabaco
Isquemia distal	Confirmada la enfermedad arterial oclusiva distal (no proximal)
Exclusión de otras afecciones	Trombofilia, autoinmunidad, hipercoagulabilidad, arterioesclerosis (diabetes, dislipemia, hipertensión arterial, insuficiencia renal)...
Índice tobillo brazo	<ul style="list-style-type: none"> • 0,90-0,70: enfermedad arterial obstructiva periférica leve • 0,69-0,50: enfermedad arterial obstructiva periférica moderada • Menor de 0,50: enfermedad arterial obstructiva periférica grave

A partir de los resultados de las pruebas de laboratorio, de imagen, el análisis histológico y los datos clínicos (Tabla 1), se concluye como diagnóstico definitivo la existencia de enfermedad de Buerger o tromboangéitis obliterante.

Debemos realizar el diagnóstico diagnóstico diferencial con enfermedades autoinmunes (síndrome antifosfolípido, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Leriche...).

Fue practicada una revascularización inmediata y seguimiento multidisciplinar, manteniéndose el antiagregante plaquetario y añadiendo pentoxifilina (600 mg cada 12 horas) y antiinflamatorios. A largo plazo hubo escasa respuesta terapéutica.

La evolución es tórpida. Posteriormente queda confirmado que no abandona el consumo de drogas y tabaco, por lo que resultan inevitables las amputaciones localizadas, tras ulceraciones y gangrenas en diferentes momentos (Figs. 2, 3 y 4).

El pronóstico depende de la evolución posterior de la afección si no hay cambios inmediatos en el estilo de vida.



Figura 2 – Cambio de coloración distal más cicatriz reciente por amputación del segundo dedo del pie izquierdo.



Figura 3 – Cara plantar del pie izquierdo, con eritema y descamación epidérmica; cicatriz de amputación reciente del segundo dedo.



Figura 4 – Cambio de coloración distal en ambos pies, afectación ungueal, ausencia por amputación del primer dedo del pie derecho y del segundo dedo del pie izquierdo.

Comentarios

La enfermedad de Buerger o tromboangiítis obliterante (TAO) constituye una afección de etiología no precisada. Están descritas ciertas teorías acerca de su génesis, que incluyen reacciones de autoinmunidad, fenómenos de hipersensibilidad retrasada o angiítis tóxica.

Constituye un proceso inflamatorio segmentario de arterias pequeñas y medianas de las manos y los pies. Llega a dañar arterias viscerales y cerebrales e incluso venas superficiales de las extremidades¹. Puede también existir predisposición genética (prevalencia de haplotipos HLA-A9 y HLA-B5) o factores inmunológicos (presencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos y anticuerpos anticélula endotelial)².

Está relacionada con el consumo de tabaco y no es necesaria la asociación de otras patologías cardiovasculares, pero se han descrito casos en no fumadores³.

La precocidad en su diagnóstico (teniendo en cuenta criterios establecidos^{4,5}) y el tratamiento, incluido el cese del consumo de tabaco, puede evitar complicaciones relevantes⁶.

Es más frecuente entre jóvenes fumadores de Asia y Medio Oriente (45-60 %). Es más prevalente en varones, aunque la incidencia se está incrementando en mujeres^{3,4}.

Su diagnóstico debe sospecharse en pacientes fumadores, entre la segunda y la cuarta década de la vida, en ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, antecedentes familiares...), que refieran dolor en las extremidades que puede llegar a causar claudicación intermitente. Resulta necesario un exhaustivo interrogatorio y examen físico para encaminar adecuadamente un caso similar.

En esta paciente se realizaron las amputaciones debido, en gran medida, a la falta de concienciación y autocuidados, ya que continuó siendo drogodependiente.

La deshabituación tabáquica es una medida fundamental para detener la progresión de esta peligrosa patología. La realización del ITB en la consulta de atención primaria constituye un procedimiento que complementa la exploración y permite tomar decisiones y pautar tratamientos de forma precoz.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Góriz-Valdés R, Fernández Herrera J. Enfermedad de Buerger (tromboangiítis obliterante). *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2005; 96: 553-62.
- Shapouri-Moghadam A, Mohammadi M, Rahimi HR, Esmaeili H, Mahmoudi M, Saeed Modaghegh MH, et al. The Association of HLA-A, B and DRB1 with Buerger' Disease. *Rep Biochem Mol Biol*. 2019; 8: 153-60.
- Shima N, Akiyama Y, Yamamoto S, Kokuzama A, Nagatani K, Iwamoto M, et al. A non-smoking woman with anti-phospholipid antibodies proved to have thromboangiitis obliterans. *Intern Med*. 2020; 59: 439-44.
- Olin JW. Thromboangiitis obliterans: 110 years old and little progress made. *J Am Heart Assoc*. 2018; 7: e011214.
- Quirós Mata F. Actualización en tromboangiitis obliterante (enfermedad de Buerger). *Rev Med Costa Rica Centroam*. 2012; 241-9.
- De la Rubia Loriguillo AM. Disminución o ausencia de pulsos periféricos. Claudicación intermitente. En: Abánades Herranz JC, Abaurrea Ortiz MP, Abou-Hiais Fernández S, Abre Galán MA, Admetlla Batlle J, Aguar Fernández M, et al, editores. *Guía de actuación en Atención Primaria*. 4ª ed. Barcelona: semFYC; 2011. p. 256-63.