

## ENFERMEDAD DE BUERGUER. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Enfermidade de Buerguer. A propósito dun caso.

Buerguer Disease, about a case.

### AUTORES

David Alfonso Luna Álvarez<sup>1</sup>, María Pumar Álvarez<sup>2</sup>, Alberto José del Álamo Alonso<sup>3</sup>

<sup>1</sup>MÉDICO RESIDENTE DE 4 AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS. OURENSE.

<sup>2</sup>MÉDICO RESIDENTE DE 2 AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS. OURENSE.

<sup>3</sup>MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS. OURENSE.

Autor para correspondencia: David Alfonso Luna Álvarez. EMAIL: davidnaval4@hotmail.com

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente de 50 años, que consulta para realización de curas, tras haber sido intervenido de paroniquia hace 2 días por dermatólogo de centro externo.

Es un paciente sin factores de riesgo cardiovascular, salvo el ser fumador de dos cajetillas de tabaco diarias desde los 18 años. Consumidor diario de alcohol sin criterios de riesgo (un vaso de vino con las comidas). No sigue tratamiento farmacológico, ni presenta antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

En la exploración inicial, se objetiva herida en la zona del pliegue lateral de la uña del primer dedo del pie izquierdo, de buen aspecto, con costra rojiza, que al realizar curas deja apreciar algún rastro de fibrina, que se retira para su correcta cicatrización.

Está recibiendo antibioterapia postoperatoria con amoxicilina 500mg cada 8h y refiere dolor, que remite parcialmente con paracetamol 1g. Además de apreciar la buena evolución de la herida, se exploran miembros inferiores, constatando pulsos pedios y tibiales posteriores simétricos, sin edema, ni datos de celulitis o trombosis.

Pasada una semana, acude de nuevo a consulta refiriendo dolor intenso, que no remite con analgesia, calor local y exudado purulento de dedo intervenido, refiere ansiedad que le estimula a fumar más, no refiere claudicación en miembros, fenómeno de Raynaud o livedo reticularis. En la exploración presenta eritema, calor local, inflamación y exudado maloliente, con pulsos conservados, por lo que se decide modificar la cobertura antibiótica a amoxicilina/clavulánico 875/125mg 1c cada 8 horas, analgesia con metamizol 575mg 1c cada 8 horas y paracetamol/tramadol 325/37,5mg 1c cada 8h en pauta alterna con el metamizol, todos durante 7 días; y recogida de muestra de exudado con torunda para microbiología por sospecha de sobreinfección de herida quirúrgica.

A la semana siguiente, tenemos los resultados del cultivo, en el que se evidencia *Pseudomonas aeruginosa*, sensible a trimetoprim/sulfometoxazol. El paciente refiere algo de mejoría con la analgesia prescrita, pero muy leve. Se reexplora la zona y, en esta ocasión, no se palpa el pulso pedio, confirmándose mediante doppler, un pulso muy débil. Se descarta osteomielitis mediante radiografía simple y se decide derivar a urgencias para valoración por cirugía vascular, para descartar tromboangiítis obliterante por medio de realización de arteriografía, prueba no disponible en el centro de salud, que además nos indica la viabilidad del miembro según el estado de las arterias estudiadas.

Este servicio de cirugía vascular, ante el probable diagnóstico de tromboangeítis obliterante/y la necesidad de descartar enfermedad arterial periférica grado IV, se decide ingreso para realización de pruebas complementarias y valorar la viabilidad del dedo afectado.

El diagnóstico final es de tromboangeítis obliterante y en la ecografía realizada se observa una onda indirecta en la arteria tibial posterior y no se capta onda a nivel de la arteria pedia, lo que significa que la porción más distal del dedo no es viable por isquemia, por lo que se decide amputación transfalángica distal más administración de alprostadilo en infusión, a una dosis de 40microgramos cada 12 horas durante 7 días. Cuando se comprobó respuesta, se cambió a 60microgramos cada 24 horas otros 7 días, con posterior retirada, para protección de la extremidad viable, con buena evolución posterior. Al alta se recomienda retirada de tabaco y, debido a la presencia de esta patología, el paciente pasa de ser considerado de riesgo cardiovascular moderado, a riesgo cardiovascular muy alto, al considerarse la tromboangeítis obliterante como una arteriopatía periférica. El riesgo inicial se calculó con la escala REGICOR 5% (con TA 140/82 colesterol total de 190mg/dl y colesterol HDL de 50mg/dl), por lo que se implementa tratamiento con estatinas para reducir en un 50% el colesterol total y mantener el LDL por debajo de 55, además de vigilancia de factores de riesgo cardiovascular.

## DISCUSIÓN

La tromboangeítis obliterante es una enfermedad inflamatoria segmentaria, progresiva y no aterosclerótica que afecta a las arterias de pequeño y mediano calibre de los miembros superiores e inferiores.<sup>(1)(2)</sup>

Se da sobre todo en hombres, fumadores de entre 20-50 años. No existe una etiología definitiva pero requiere exposición al tabaco tanto para el inicio como para la progresión de la enfermedad.<sup>(1)(2)</sup>

El mecanismo de la enfermedad puede involucrar una disfunción inmunológica e hipersensibilidad al tabaco que asocia una mayor sensibilidad celular al colágeno tipo 1 y tipo 3, alteración de la vasorrelajación dependiente del endotelio y aumento de los títulos de anticuerpos contra las células endoteliales.<sup>(1)(2)</sup>

Los pacientes con tromboangeítis obliterante presentan signos y síntomas isquémicos en la distribución de las arterias distales de las extremidades superiores o inferiores como claudicación, fenómeno de Raynaud o livedo reticularis. De comienzo distal y evolución proximal. Debido al compromiso neurológico asociado, a menudo se describen parestesias de las porciones acras de las extremidades superiores e inferiores.<sup>(1)(3)</sup>

El tratamiento consiste en abandono del hábito tabáquico principalmente. Incluso el uso de la terapia de reemplazo de nicotina puede mantener activa la enfermedad. Los análogos de las prostaglandinas (iloprost intravenoso) parecen ser útiles (con una evidencia de calidad moderada) para aliviar los síntomas y mejorar los cambios tróficos de las extremidades distales. El factor de crecimiento endotelial vascular intramuscular (VEGF) se ha utilizado experimentalmente, pero los resultados de varios estudios aún no son concluyentes.<sup>(1)(4)</sup>

La tromboangeítis obliterante es una enfermedad poco prevalente en nuestro medio, que se relaciona sobre todo con el consumo de tabaco, visto frecuentemente en las consultas de Atención Primaria, por ello debemos preguntar siempre por su consumo, intentar promover actividades para disminuirlo y en caso de que el paciente lo solicite, aportar ayuda psicológica y/o farmacológica.

Por otro lado es importante destacar la importancia de explorar los pies, las alteraciones cutáneas, los pulsos y en caso de presentar lesiones, la evolución de las mismas, ya que en un paciente fumador, con mala evolución de heridas o aparición de lesiones que no curan, podemos estar ante un caso de tromboangeítis obliterante.

**Imagen 1.**



**Imagen 2.**



**Consentimiento informado:** Los autores de este caso clínico declaramos que se obtuvo el consentimiento informado, oral y escrito, para la publicación de este caso clínico.

## **BIBLIOGRAFÍA REFERENCES**

1. Cacione DG, Macedo CR, do Carmo Novaes F, Baptista-Silva JC. Pharmacological treatment for Buerger's disease. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2020 [citado el 16 de diciembre de 2022];5(5):CD011033. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32364620/>
2. Modaghegh M-HS, Hafezi S. Endovascular treatment of thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). Vasc Endovascular Surg [Internet]. 2018 [citado el 16 de diciembre de 2022];52(2):124–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29237360/>
3. Qaja E, Muco E, Hashmi MF. Buerger Disease. 2022 [citado el 16 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613608/>
4. Klein-Weigel PF, Richter JG. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). Vasa [Internet]. 2014 [citado el 16 de diciembre de 2022];43(5):337–46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25147010/>