

Open Acces



Tinc un dit negre. A propòsit d'un cas

Raquel Pinto Rodríguez, Àngel Robles Torres, Montserrat Martínez Fernández.

Metges especialistes en
Medicina Familiar i
Comunitària. EAP Parets del
Vallès, Institut Català de la
Salut.

Adreça per a correspondència:

Raquel Pinto Rodríguez.

41784rpr@comb.cat

RESUM

La malaltia Buerger, anomenada també tromboangiïtis obliterant, és una malaltia infreqüent dels vasos sanguinis de petit i mig calibre, tant de les extremitats superiors i inferiors, causat principalment per l'hàbit tabàquic. Els vasos sanguinis s'inflamen i es poden ocloure per coalls. Això fa que en fases avançades de la malaltia pugui destruir teixit cutani amb isquèmia crítica de l'extremitat, infecció i gangrena. El símptoma principal és el dolor de repòs en les àrees afectades i simptomatologia de claudicació intermitent. Es presenta un cas en una persona jove, fumadora de tabac i de cànnabis, i que va suposar un problema diagnòstic. És important saber que la principal mesura per aturar la malaltia de Buerger és l'abandonament de qualsevol hàbit tabàquic.

SUMMARY

Buerger's disease, also known as thromboangiitis obliterans, is a rare disease of the medium and small vessels mainly in the upper and lower extremities, and is mainly caused by cigarette smoking. The blood vessels become inflamed and can become blocked with blood clots. This eventually damages or destroys the skin tissue and may lead to severe ischaemia, infection and gangrene. The main symptom is pain in the affected areas, at rest and symptoms of intermittent claudication. This report describes the case of a young person who smoked tobacco and cannabis and posed a diagnostic challenge. Physicians should know that quitting all forms of tobacco is the best strategy to avoid Buerger's disease.

RESUMEN

La enfermedad de Buerger, también llamada tromboangeítis obliterante, es una rara enfermedad de los vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre, de las extremidades superiores e inferiores, causada principalmente por el hábito de fumar. Los vasos sanguíneos se inflaman y pueden ocluirse por la presencia de coágulos. Esto hace que en etapas avanzadas de la enfermedad se pueda destruir tejido cutáneo con isquemia crítica de la extremidad, infección y gangrena. El síntoma principal es dolor de reposo en las zonas afectadas y síntomas de claudicación intermitente. Se presenta un caso en una persona joven, fumadora de tabaco y de cannabis, y que supuso un problema diagnóstico. Es importante saber que la medida principal para detener la enfermedad de Buerger es el abandono de cualquier hábito tabáquico.

INTRODUCCIÓ

Es tracta d'un pacient jove fumador que comença amb dolor al dit i com a partir de diverses sospites diagnòstiques s'arriba a la resolució final del cas.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Presentem el cas d'un pacient home de 29 anys, fumador de tabac i cànnabis, no enolisme. Com a antecedents patològics presentava un trastorn d'ansietat d'anys d'evolució en tractament amb ansiolítics a demanda, sense cap altre antecedent d'interès.

Al febrer del 2015 acudí al centre d'atenció primària per un quadre de dolor a nivell distal del segon i tercer dit de la mà dreta, sense antecedent de traumatisme previ. El dolor apareixia de forma brusca, augmentava amb l'exposició al fred i s'acompanyava de formigueig. Referia coloració de la pell blanca, sense altre alteració cutània i amb polsos presents. Davant la sospita d'una malaltia de Raynaud s'inicià tractament amb àcid acetilsalicílic. El pacient no millorava i als pocs dies el dolor s'intensificà (EVA 10/10), pel que va acudir a un centre hospitalari on s'observà l'aparició d'eritema periungueal i lleugera tumefacció de la part tova distal d'aquests dits amb una petita taca negra al polpell del tercer dit, que semblava un hematoma (**Figures 1 i 2**). Es realitzà una radiografia i una analítica sense que haguessin troballes significatives. S'orientà com a cel·lulitis de parts toves i s'inicià tractament amb antibiòtic d'ampli espectre i antiinflamatoris.

Al finalitzar el tractament el pacient referia discreta milloria però persistia el dolor i la taca cutània i tornà a consultar de nou a l'ambulatori. Atesa l'evolució tòrpida de la simptomatologia es derivà a reumatologia on es diagnosticà d'úlcera isquèmica de la part tova del segon i tercer dit amb tromboflebitis, amb sospita de malaltia de Buerger. S'inicià tractament amb un fàrmac antagonista dels canals del calci i es va mantenir l'antibiòtic i es programà per administrar alprostadiol endovenós durant una setmana.

Es completà l'estudi per part de reumatologia i cirurgia vascular. Es realitzà analítica completa, amb hemograma, perfil hepàtic i renal normals; també la proteïna C reactiva, velocitat de sedimentació, factor reumatoide, anticossos antinuclears, antiDNA, antiRo, antiLA, anti-Scl, anti-centròmer, ANCA, anticardiolipina, anticrioglobulines, anticoagulant lúpic, proves de coagulació i proteïnograma foren normals, pel que es descartà malaltia del teixit connectiu. L'eco-doppler de troncs supraaòrtics, angioTAC d'extremitats superiors i la radiografia de tòrax van ser normals.

El pacient millorà favorablement amb el tractament oral i endovenós amb resolució completa de les lesions cutànies. S'aconsellà l'abandonament de l'hàbit tabàquic.

Figura 1. Lesió necròtica periungueal distal del tercer dit.



Figura 2. Imatge augmentada de la lesió necròtica.



DISCUSSIÓ

La tromboangiïtis obliterant o malaltia Buerger és una malaltia oclusiva segmental no ateroscleròtica dels vasos sanguinis de petit i mig calibre de les extremitats superiors i inferiors¹⁻³. Es caracteritza per trombosi i recanalització dels vasos afectats⁴. El consum i l'exposició al tabac juguen un paper central a l'inici i la progressió de la malaltia, el mecanisme patogènic del tabac provoca vasoespasme i dany endotelial

directe. L'etiologia és desconeguda. Es manifesta habitualment entre els homes joves, de 40-45 anys d'edat i la prevalença és variable.

La malaltia es presenta habitualment amb claudicació intermitent, dolor de repòs, úlceres isquèmiques, síndrome de Raynaud (en el 60% dels casos), alteracions sensorials i tromboflebitis superficial que pot ser migratòria⁵. A mesura que avança la malaltia els pacients pot presentar-se isquèmia crítica de l'extremitat amb gangrena digital.

El diagnòstic és principalment clínic encara que s'han proposat diversos criteris però cap d'ells ha demostrat superioritat sobre la resta⁶, essent els més coneguts els criteris de Shionoya, amb cinc criteris⁷ (**Taula 1**), i els criteris d'Oregon, Mills i Porter (**Taula 2**). Els estudis arteriogràfics poden mostrar un patró d'oclusió abrupte dels vasos distals amb àrees de paret normal entre els segments afectats i absència d'ateroma. Les troballes histològiques varien, però en general és característica la presència d'un trombus oclusiu intraluminal amb limfòcits i cèl·lules gegants⁸.

Taula 1. Criteris de Shionoya per al diagnòstic de la malaltia de Buerger*.

Història de tabaquisme
Inici abans dels 50 anys d'edat
Oclusions arterials infrapoplíties
Qualsevol compromís de membre superior o flebitis migratòria
Absència de factors d'aterosclerosi diferents al tabaquisme

*Es requereixen els 5 criteris per fer el diagnòstic

Taula 2. Criteris d'Oregon per al diagnòstic de la malaltia de Buerger.

Criteris majors	Criteris menors
Inici dels símptomes isquèmics a l'extremitat abans dels 45 anys	Tromboflebitis migratòria
Abús de tabac	Síndrome de Raynaud
Exclusió de:	Afectació de membres superiors
- Font embolígena proximal	Claudicació del dors del peu
- Traumatisme local	
- Malaltia autoimmune	
- Estat d'hipercoaguabilitat	
- Arteriosclerosi (diabetis, hiperlipidèmia, hipertensió, insuficiència renal)	
Absència d'afectació proximal a l'artèria poplítica o artèria braquial distal	
Documentació objectiva de malaltia oclusiva distal mitjançant doppler arterial segmentari i pletismografia de 4 membres, arteriografia i histopatologia	

La principal mesura és l'abandonament de l'hàbit tabàquic. Com a primera opció de tractament hi ha els analgèsics i els antiagregants encara que l'eficàcia no està comprovada.

La perfusió de prostaglandines endovenoses aconsegueixen millorar el dolor, curar les lesions i disminuir la incidència d'amputació. Com a segona opció hi ha els procediments quirúrgics, com la simpatectomia, la revascularització i la neuroestimulació. En casos més avançats pot requerir l'amputació.

ASPECTES ÈTICS

El contingut del treball no ha estat publicat amb anterioritat en cap revista ni s'envia simultàniament a cap altra revista. Tots els autors accepten el contingut de la versió enviada. No conflicte d'interessos. No ha hagut finançament.

BIBLIOGRAFIA

1. Buerger L. Thromboangiitis obliterans: a study of the vascular lesions leading to presenile gangrene. *Am J Med Sci* 1908;136:567-80.
2. Buerger L. The circulatory disturbance of the extremities: including gangrene, vasomotor and trophic disorders Philadelphia, Saunders; 1924.
3. Claramunt N, Mazzon E, Gaete J. Enfermedad de Leo Buerger. A propósito de un caso. *ANACEM* 2009;3:53-4.
4. Olin JW. Thromboangiitis obliterans. *Curr Opin Rheumatol* 1994;6:44-9.
5. Olin JW, Young JR, Graor RA, Ruschhaupt WF, Bartholomew JR. The changing clinical spectrum of thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *Circulation* 1990;82(Suppl IV):IV-3-IV-8.
6. Goiriz-Valdés R, Fernández-Herrera J. [Buerger's disease (thromboangiitis obliterans)] *Actas Dermosifiliogr* 2005;96:553-62.
7. Shionoya S. Diagnostic criteria of Buerger's disease. *Int J Cardiol* 1998;66(Suppl 1):S243-5.
8. Cascante Quirós Y, Mesén Ramírez J, Jiménez Juárez R. Enfermedad de Buerger. Reporte de caso y revisión del tema. *Rev CI E Med UCR* 2012;2:V.

Com citar l'article: Pinto Rodríguez R, Robles Torres A, Martínez Fernández M. Tinc un dit negre. A propòsit d'un cas. *But At Prim Cat* 2016;34:15.