



242/2934 - CASO CLÍNICO DE ENFERMEDAD DE BUERGER (TROMBOANGEÍTIS OBLITERANTE): PRÓDROMOS, DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO

M. Villanueva Rubio^a, A. Narvárez Martín^b y N. Aguilera Vereda^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Martínez Carrión. Estepa. Sevilla.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marchena. Sevilla. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Valle. Écija. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 33 años. No RAMs ni patologías conocidas. Fumadora 30/40 cigarrillos/día, niega otros tóxicos o medicamentos. Trabajo de camarera. Consulta durante varios años por episodios de edema en miembros inferiores, descartándose TVP y otras causas, atribuyéndose a insuficiencia venosa. Acude ahora por herida en pie (con celulitis circundante) tras rozadura, pautándose antibioterapia. Vuelve por empeoramiento.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: úlcera en primer dedo, frialdad y pulso pedio abolido (pie izquierdo). Auscultación cardiorrespiratoria normal. Es remitida a hospital para pruebas complementarias. Analítica: PCR 50 mg/dl. Resto normal (sin anemia ni leucocitosis). Radiografía PA tórax: normal. Ecocardiografía: normal, sin hallazgos de cardiopatía embolígena. Arteriografía MMII: oclusión arteria poplítea (pierna izquierda).

Juicio clínico: Tromboangeítis obliterante (enfermedad de Buerger).

Diagnóstico diferencial: Trombosis arterial traumática, causas embolígenas, vasculopatía oclusiva por enfermedades autoinmunes.

Comentario final: La tromboangeítis obliterante es un trastorno inflamatorio de etiología desconocida, asociado al tabaquismo y sexo masculino (9:1, aumentando en mujeres actualmente), que afecta a vasos pequeños/medianos. Se produce una disfunción endotelial que provoca trombos e isquemia. El diagnóstico se realiza en base a criterios (Shionoya): tabaquismo, ausencia de otros factores de riesgo ateroscleróticos, debut en menor de 50 años; oclusiones arteriales infrapoplíteas; compromiso en miembros superiores. La biopsia se reserva para presentaciones atípicas (esta paciente cumplía cuatro criterios, no requirió biopsia). Respecto a la terapéutica, se emplean análogos de prostaciclina, pero lo fundamental es abandonar el tabaco o aumentar el riesgo de amputación (la revascularización quirúrgica es difícil debido al calibre de los vasos). El papel del médico de familia es fundamental para detectar signos de alarma, seguimiento exhaustivo y apoyo para dejar de fumar. En nuestro caso, la paciente sigue tratamiento farmacológico pero continúa fumando, y ha precisado amputación. Acude a consulta para control del dolor y ayuda para dejar de fumar. A fecha de envío de esta comunicación, había logrado reducir el consumo a 2 cigarrillos diarios, así que se realizó intervención en tabaquismo programando fecha para lograr abstinencia

completa.

Bibliografía

1. Rivera-Chavarría IJ, Brenes-Gutiérrez JD. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *Ann Med Surg (Lond)*. 2016;7:79-82.
2. Qaja E, Fortune M. Buerger Disease (Thromboangiitis Obliterans) [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2017 [consultado en julio de 2017].
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430858/>

Palabras clave: Tromboangeítis obliterante.