

Tromboangitis Obliterante

—Por el Doctor Humberto DÍAZ.

Entre las afecciones vasculares que se observan entre nosotros con menos frecuencia, figura indudablemente la Tromboangitis Obliterante (T.A.O.), enfermedad que Leo Buerger describió en Nueva York, a principios de este siglo, en individuos de origen hebreo, jóvenes y sin presentar, en la inmensa mayoría de los casos, evidencia de sífilis.

Por nuestra parte, hemos tenido recientemente a la vista, un caso que nos fue remitido por nuestro colega el Dr. Ramón Alcerro, en el cual el citado compañero formuló el diagnóstico de T.A.O.; diagnóstico con el que estuvimos en un todo de acuerdo, por las razones que adelante serán expuestas.

La historia del caso es la siguiente: M. D., de 32 años, casado, labrador, nacido y residente en Soroguara, aldea cercana a esta capital, ingresó al Asilo de Indigentes el día 18 de agosto de 1945, a curarse de un dolor agudo en la pierna izquierda. Nos cuenta el paciente que su enfermedad se inició en 1941, por parestesias diversas localizadas en los miembros inferiores, tales como adormecimientos, dolores que se le iniciaban, en la raíz de cada miembro para extenderse luego a la punta de los dedos, piquetazos y sensación de frío. Iguales trastornos se observaron también en los miembros superiores. A esto se agregó anorexia y depresión físico-psíquica.

Las citadas molestias fueron aumentando de intensidad de un modo progresivo, y al cabo de tres años el dolor tomó un carácter agudo y urente en la pierna derecha, lo mismo que en el hueso plantar del mismo lado, sitio en el cual la piel tomó un tinte ligeramente violáceo al principio, que luego se fue volviendo más oscuro hasta llegar al negro, presentando además un aspecto brillante y con descenso de la temperatura local. Este trastorno se extendió'

pública y los 205 que aparecen censados, podemos decir que de un 39 a un 49% somos empleados (del Estado, Compañías Fruterías, Mineras, de Aviación, etc.); y de un 29 a un 36% empleados del Estado.

En tan amplio tema las ideas se vienen péle-méle, y de los conceptos anteriores puede decirse a manera de conclusiones que los servicios médicos científicos son más generales en donde mejor pueden pagarse y que el médico en Honduras está, en general, habituado a prestar sus servicios mediante un sueldo determinado a diversas colectividades (Estado, Compañías Industriales) y es probable que tema menos la socialización de la medicina que prevé el mundo, que los médicos de otros países que trabajan en otras condiciones.

luego a los dedos del pie correspondiente, afectando al 1o., 4o. y 5o., invadiendo además el dorso del pie hasta a nivel de la articulación medio-tarsiana.

En estas condiciones ingresó a la 1a. Sala de Cirugía de Hombres del Hospital San Felipe, en donde le fue amputada la pierna correspondiente a un través de dedo por debajo de la espina de la tibia. Abandonó el hospital dos meses después, sin que la herida operatoria hubiese curado completamente. Los fenómenos parésticos continuaron en la pierna izquierda y aun en el muslo derecho, al mismo tiempo que aumentaron de intensidad en los miembros superiores, predominando en el lado izquierdo.

Hace cinco días el dolor del pie izquierdo se intensificó, presentando las mismas características que el de la pierna del lado opuesto, con la diferencia de que en esta ocasión se iniciaron en el primer dedo del pie, sin extenderse el tinte violáceo al dorso ni a los otros dedos. Con este motivo fue internado en el Asilo, en donde se le aplicó terapéutica para el dolor, 20 inyecciones de extracto total de páncreas desproteínizado (Depropanex), prohibiéndosele además el uso del tabaco. El 2 de diciembre del mismo año se le practicó la desarticulación del ортеjo mayor, y el 25 del mismo mes un bloqueo del simpático lumbar con procaina.

A la fecha de nuestro reconocimiento (a mediados del mes de enero del año en curso), los dolores se han intensificado en la mano izquierda, adquiriendo un tinte violáceo el cuarto dedo de la misma.

La anamnesia lejana de este paciente, aparte de negar toda afección venérea no da nada de importancia. En la anamnesis familiar por parte de la madre, hay un parto prematuro de 6 meses con feto muerto y un aborto de 4 meses. Su esposa ha tenido tres hijos sanos y un 'aborto, de evolución desconocida.

En cuanto a sus funciones orgánicas generales hay anorexia, hipodipsia, sueño irregular, interrumpido por los paroxismos dolorosos. Hay ligera disuria no dolorosa. Evacuaciones intestinales normales. Padece de priapismo intermitente desde hace diez años, que al principio se acompañó de frecuentes poluciones nocturnas, hace dos años ha disminuido de intensidad.

En sus condiciones generales de vida, hay trabajo intenso, mala alimentación. Vida sexual normal, a pesar del trastorno genital apuntado. Fuma cigarrillos en abundancia, desde la edad de diez años. No ha prestado servicio militar ni de guerra.

Al examen somático, nos encontramos con un sujeto de mediana estatura, con panículo adiposo un poco escaso, musculatura regularmente desarrollada. Arquitectura ósea normal. Piel color 'moreno claro y mucosas rosado-pálidas. Actitud, en decúbito dorsal, pero de preferencia en decúbito lateral izquierdo y flexión de los miembros sobre el tronco, afirmando él, que en esta posición siente un poco de alivio en sus dolores.

El cuarto dedo de la mano 'izquierda presenta un color violáceo y brillante y la uña correspondiente tiende a desprenderse de

su matriz, hay dolor espontáneo y provocado. Se comprueba la ausencia de la pierna derecha. En el pie izquierdo se nota la falta del orjeo mayor, no habiendo cicatrizado aún la herida operatoria, siendo visible la cabeza del primer metatarsiano. Los demás dedos del pie, así como el dorso del mismo tienen una coloración violácea lustrosa; las **venas** dorsales están turgentes.

Por la exploración del aparato circulatorio, no se comprueba ninguna anomalía en el corazón, los tonos son normales, la punta late en el sitio normal. El examen de las arterias deja ver: Ausencia de pulso a nivel de la radial derecha, cubital izquierda y pedia del mismo lado. La presión arterial es de 110 de Mx por 70 de Mn, en milímetros de mercurio.

La exploración de los aparatos: Respiratorio y Digestivo no da ningún dato de importancia, lo mismo que con respecto a los órganos de los sentidos. En cuanto al sistema nervioso, se comprueba cierto grado de atrofia muscular de la pierna* izquierda.

Los exámenes complementarios que fue posible practicarle, no dieron nada de importancia, aparte de la negatividad de la Kahn por dos veces y de una hiperleucocitosis con polinucleosis, que atribuimos al estado supurativo en el sitio en que se practicó la desarticulación del dedo grueso en el pie izquierdo.

COMENTARIOS DE DIAGNOSTICO

De acuerdo con la historia clínica expuesta, se pueden establecer las conclusiones siguientes:

1) —Que se trata de un individuo de 32 años, quien desde la edad de 27—poco más o menos—comenzó a sufrir una serie de parestias que fueron agudizándose progresivamente hasta culminar, a los tres años y medio de evolución, con focos gangrenosos de la extremidad distal de los miembros inferiores, que han requerido la intervención quirúrgica.

2) —Que la evolución de estos focos gangrenosos no fue simultánea.

3) —Que presenta, además, trastornos semejantes y de evolución reciente, a nivel del cuarto dedo de la mano izquierda.

4) —Que presenta asimismo ausencia de pulsaciones a nivel de la radial derecha, de la cubital izquierda y de la pedia del mismo lado.

5) —Que hay ausencia absoluta de alteraciones objetivas de la sensibilidad.

6) —Que no es un individuo arterioescleroso, ni adolece de hipertensión arterial,

7) —Que no presenta manifestaciones orgánicas de lúes, dando una Reacción de Kahn negativa.

8) —Que es un gran fumador desde que tenía 10 años de edad.

Tomando pues, en consideración los hechos apuntados, creemos **que hay base suficiente para afirmar el diagnostico de T. A.**

O-, o sea la enfermedad que Leo Buerger describió en Nueva York hace 40 años, en individuos de origen israelita, sobre todo en los procedentes de Rusia. Como es bien sabido, el factor racial no tiene en la actualidad la importancia que se le dio al principio; las modernas estadísticas demuestran que no sólo en los individuos de 'origen israelita puede observarse, y esto no en pocos casos. Por otra parte, sabido es también a la intoxicación tabáquica crónica, factor que está presente en el caso que se describe; lo mismo que el factor sexo y el factor edad.

Hasta la fecha en que estas líneas han sido escritas, no ha sido posible practicar al referido paciente, algunas pruebas auxiliares de diagnóstico que, como la arteriografía y el análisis químico-físico de la sangre, son de gran importancia.

En su primer período, es cuando el diagnóstico de la T. A. O. presenta más dificultades, ya que por sus manifestaciones dolorosas—que entonces son las únicas—puede dar lugar a confusión con una serie de afecciones que nada tienen que ver, por lo menos de un modo directo, con alteraciones exclusivas del sistema vascular, así: Una uña encarnada, el pie plano doloroso, la talalgia blenorragia, la gota, el reumatismo, las artritis agudas, las neuritis, etc., etc., son capaces de originar errores 'de diagnóstico.

En su segundo período, o sea el de gangrena, que fue precisamente durante el cual se presentó nuestro enfermo, desde su primer arribo al hospital, la T. A. O. debe ser diferenciada, principalmente, de tres afecciones: La Eritromelalgia, del Síndrome de Reynaud y de la Endarteritis Crónica Obliterante. Pero la Eritromelalgia se caracteriza por crisis dolorosas acompañadas de exageración de los latidos arteriales, de exageración del calor local, de cianosis, y no termina nunca por gangrena. El Síndrome de Reynaud, puede en algunos casos prestarse a mayor confusión con la T. A. O., sin embargo, aquél se caracteriza por atacar simultáneamente extremidades simétricas, con más frecuencia las manos que los pies. Es más frecuente en la mujer que en el hombre, los dolores no son de carácter agudo, existiendo muy a menudo, en vez de éstos, sensación de hormigueo y de hinchazón. Las crisis son, ante todo, vasomotrices, ya del tipo de síncope local o ya del de asfixia (local también). Las crisis son desencadenadas por el frío y reguladas por el calor. Por último, el S. de R. produce un esfacelo superficial, no necesitando jamás amputación.

La Endarteritis Crónica Obliterante, llamada por los franceses del tipo Bouley-Charcot, se presenta con menor frecuencia en los sujetos jóvenes, y en los antecedentes de los enfermos se encuentra con toda claridad, la existencia de infecciones e intoxicaciones, ya endógenas o ya exógenas: Sífilis, diabetes, gota, etc., etc. Es en esta forma en donde el síntoma de claudicación intermitente adquiere caracteres más notables: calambre brutal que aparece bruscamente durante la marcha, y que desaparece inmediatamente que el sujeto se detiene. **Coincide con otras lesiones arteriales:**

Aortitis, lesiones renales e hipertensión arterial marcada. Cuando el esfacelo aparece, - es de carácter más violento y masivo, al grado de que exige con mayor rapidez la intervención quirúrgica, acompañándose, por regla general, -de gangrena húmeda.

Las enfermedades mutilantes como la Lepra, la Siringomirria y el Panadizo Analgésico, no podrán confundirse nunca con la T. A. O., con sólo recordar que en aquellas son constantes y muy notables las alteraciones de la sensibilidad objetiva.

Las medidas terapéuticas indicadas en la afección que nos ocupa, son muy numerosas, y todas ellas pueden ser consideradas como de carácter sintomático, ya que la causa fundamental de la T. A. O. no ha sido aún determinada. Así pues, algunas de dichas medidas se encaminan a calmar el dolor, otras a ejercer acción anti-espasmódica sobre los vasos, otras a ejercer acción vasodilatadora, otras a disminuir la viscosidad de la sangre o aumentar el volumen de ésta, otras a estimular el aumento de su contenido en GLUTATION, favoreciendo así los procesos de oxidación en los tejidos; otras medidas de orden quinesiterápico (Método de Buerger), hasta llegar a las intervenciones quirúrgicas que recaen sobre el simpático.

El Dr. Samuel Silvert, de Nueva York, en un artículo suyo, publicado a fines del año recién pasado en "The Journal of the American Medical Association", presenta una casuística de 1.400 enfermos observados por él, de los cuales sólo 12 fueron mujeres, *de lo que se desprende* que en éstas la frecuencia de la enfermedad no llega ni al 1%. Todos los tratadistas hacen notar este fenómeno, suponiendo, la mayoría de ellos, que la hormona femenina pueda obrar en este caso como elemento de defensa; quedando abiertas, con tal hipótesis, las puertas de la **contrahormonoterapia**.