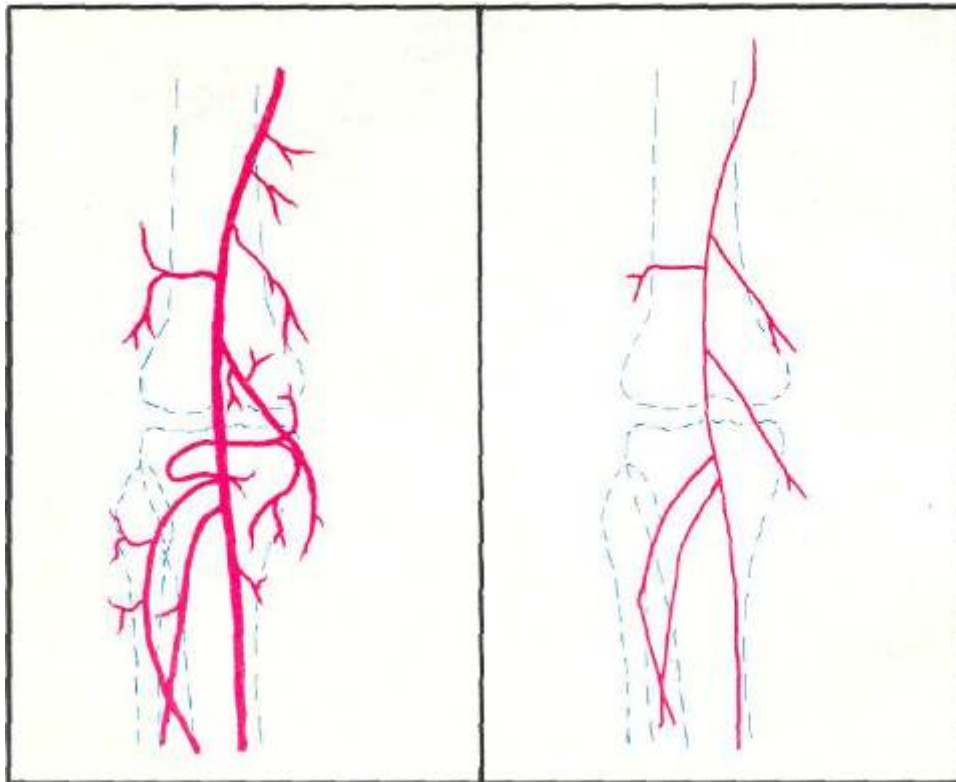


TROMBOANGEITIS OBLITERANTE

¿UNA ENFERMEDAD INDEPENDIENTE?

ACTUALIZACIÓN DE UNA CONTROVERSIA

Dr. José Gómez-Márquez G.



Esquemas acumulativos de la circulación arterial normal y en la tromboangeitis obliterante.

Leo Buerger en 1908 describió los síntomas de la enfermedad conocida posteriormente como Tromboangeitis Obliterante y casi desde entonces esta entidad nosológica ha venido formado parte clásicamente del temario de la patología vascular. Sin embargo, en los últimos años, como se verá en el curso de este trabajo, se ha venido poniendo en duda por parte de muchos autores la independencia de esta enfermedad y para muchos debe

considerarse como una variedad de la arteriosclerosis obliterante o de otras enfermedades obliterantes vasculares. Otras escuelas, constituidas por personalidades mundiales no menos relevantes continúan aferradas a los iniciales conceptos de Buerger. El propósito de esta composición es simplemente actualizar esta controversia por medio de la recolección de los conceptos modernos expresados por los partidarios de una y otra tesis.

HISTORIA Y DEFINICIÓN

Buerger describió los síntomas de la enfermedad, después de un estudio de 50 pacientes y 11 miembros amputados. Según la descripción original, la Tromboangeitis Obliterante es una enfermedad específica, idiopática, recurrente, segmentaria, inflamatoria y obliterante que afecta principalmente las arterias de mediano calibre y las venas, tanto de las extremidades superiores como

inferiores y solo raramente los vasos viscerales. Es particularmente frecuente en judíos jóvenes, masculinos y fumadores (Vink). Según Van der Stricht, Goldstein, Flamand y Belenger (16), es una enfermedad vascular periférica que lleva a la obliteración progresiva de las arterias distales de los miembros inferiores. Se considera que el elemento básico es la localización arterial distal en uno o varios miembros, la ausencia de calcificaciones visibles en las radiografías simples y el hecho de que se inicia antes de los 40 años. Según Kunlin et al (9) la edad oscila entre los 15 y los 50 años; hay historia de una enfermedad infecciosa, y el frío y las emociones desempeñan un papel muy importante. Fue en 1924, que Buerger publica su libro con 30 capítulos y da a la enfermedad por él descrita el nombre de Tromboangeítis Obliterante (TAO). Para Sautot las lesiones son estrictamente distales y se complica posteriormente con lesiones congestivas; son propias de la gente joven y no hay claudicación intermitente. Para él, es suficiente que el enfermo deje de fumar para observar la regresión. Según Inada et al (8), el promedio de edad es de 34.2 años.

SEXO

Prácticamente hay unanimidad en admitir la enorme preponderancia del sexo masculino. Para Zanini y Cortrufo (15), todos sus casos fueron varones en las décadas de la tercera a la cuarta. Zelikovsky y colaboradores (19) refieren como caso excepcional un caso de TAO posible en una mujer y advierten que los

conceptos conocidos para el varón deben aplicarse para las mujeres. Para Morris-Jones y Jones (10), la enfermedad de Buerger es muy rara en la mujer y probablemente solo se han informado 8 casos, incluyendo el propio de ellos. No parece haber evidencia de que la enfermedad sea más benigna en el sexo femenino y afirman que la respuesta a la simpaticectomía y el índice de amputaciones (mayor que en las arteriosclerosis obliterantes), es similar en ambos sexos. Para Hermán (7), en su casuística hay 194 casos del sexo masculino por 11 del femenino.

HISTOLOGÍA

Es un capítulo de primordial importancia ya que en última instancia y ante la confusión reinante desde el punto de vista clínico, debería ser el estudio histológico el que pudiera decir la última palabra. Para Vink, el hallazgo patológico más notable es la trombosis de las arterias pequeñas y de las venas y dice observar infiltración celular de la capa arterial media con trombosis perivascular. En 1914 se llamó la atención sobre la presencia de flebitis migratoria aguda y específica con presencia de células gigantes, leucocitos y eosinófilos. Estos datos provienen del propio Buerger. Según Kunlin y colaboradores (9), existe un proceso inflamatorio de todas las capas de la arteria con trombosis reciente. Por otra parte consideran que el adenoma suprarrenal es algo frecuente en la TAO. Según estos autores estas angiopatías tienen en común su inicio en una edad temprana, es clínicamente progresiva y hay fuerte tendencia a la trombosis. Para Zaldúa, en la

TAO, la arteria está formada por un sólo cordón en el cual las tres capas internas, media y externa están fusionadas. Para Hermán (7), el cuadro histológico difiere de la arteriosclerosis obliterante porque el vaso es normal en el segmento proximal y distal a la lesión. Es frecuente que se produzca una canalización de la lesión arterial y hay un aumento de los capilares en la capa media con ausencia de tejido elástico en el proceso organizado. Insiste en que en los estadios iniciales de la enfermedad el diagnóstico diferencial con los diversos estadios de la AO, solo podría hacerse cuando la flebitis constituya el principal hallazgo» Inada, y Katsumara (6), en un caso en el que lograron hacer autopsia, encontraron que el lumen de la arteria tibial anterior izquierda estaba ocluido por tejido fibroso con mucha recanalización e infiltración de células redondas, la elástica estaba engrosada; la luz arterial estaba moderadamente estrechada, con una íntima marcadamente prominente y acolchonada. Afirman que la lesión aguda se encuentra muy raramente en el estudio histológico y que en suma no hay lesiones microscópicas patognomónicas. En este caso autopsiado, se encontraron severas lesiones arterioscleróticas en las partes proximales del muñón amputado.

Para Jáger, la íntima esta protruída y engrosada en las arterias de mediano calibre, especialmente la arteria femoral, y hay obliteración distal de la misma arteria con trombos frecuentemente recanalizados. Existen además trombos frescos no organizados.

debe decirse "Enfermedad arterial oclusiva de tipo Buerger", debiéndose evitar el término "enfermedad" excepto en los casos en que el diagnóstico se pueda confirmar histológicamente. En opinión de Rivera (12), el diagnóstico de enfermedad de Buerger, esta basado en el cuadro clínico, en los hallazgos radiológicos y en el estudio histológico. De acuerdo con Tinguad, la TAO debe dividirse en dos a tres tipos: la enfermedad en el sentido estricto y otros tipos que son difíciles de definir y están sujetos a discusión. Considera que la etiología de la enfermedad es muy dudosa y si bien es cierto que estas personas son fumadoras, hay que tomar en cuenta que desde el momento que un individuo es fumador es por así decir un "alérgico"-a su medio ambiente. Vink afirma que la discusión desde el punto de vista anatómico-patológico lleva la posibilidad de una enfermedad autoinmune y que sean varios los agentes patológicos que puedan causar la lesión específica de la pared vascular. También cree mejor hablar de "Síndrome".

Con otro criterio, Chopra y colaboradores, (2), concluyen que la TAO es una entidad clínica distinta y que la incidencia de la participación venosa es muy alta.

Hermán (7), hizo una revisión de los casos de supuesta TAO en el Mount Sinai Hospital entre los años 1933 y 1963. En 33 casos de amputaciones encontraron solo dos casos que tenían las características histológicas de Buerger. Por ello, también abogan por usar el término de "Síndrome". De 205 casos estudiados,

solo 33 eran compatibles con el diagnóstico de "Buerger" y 28 tenían cuadros clínicos muy parecidos a la enfermedad de Buerger pero el diagnóstico resultaba discutible porque los expedientes estaban incompletos. Creen que la enfermedad se confunde frecuentemente con la arterioesclerosis obliterante, con la diabetes y con la hiedura. Se hace énfasis en que Buerger mismo tenía solo dos casos con lesiones agudas de los vasos profundos. De Bakey y Cohén tienen evidencia histológica en solo el 1.70/o de los supuestos casos de TAO entre los 936 casos estudiados en el USA Army. Horwitz conviene en que a pesar de que no existe un cuadro histológico patognomónico, el síndrome clínico existe y cita 68 pacientes de estos en sus series.

Para Mozes (11), parecen existir tres grupos de pacientes jóvenes que sufren isquemia de la pierna: arteriosclerosos jóvenes, enfermos reales de Buerger y pacientes con cambios combinados de AO y TAO.

Para Shionoya (13), en 100 casos considerados como de Buerger se logró hacer autopsia en uno y en él se encontraron cambios ateroscleróticos de las coronarias, de la aorta abdominal, con leve engrosamiento celular de la íntima de las arterias viscerales. Cree que el último criterio para el diagnóstico de TAO (14), es el hallazgo de un cuadro histológico típico en las arterias y que en los cortes efectuados realizados en diferentes niveles se concentran células gigantes características y notable infiltración de células inflamatorias en el trombo.

Para Eadie (4), los hallazgos arteriográficos clásicos descritos como de Buerger se encontrarían en pacientes en los cuales el diagnóstico era en realidad de AO, y afirma que en 13 casos estudiados solo pudieron encontrar evidencia de Buerger en forma objetiva en 7 enfermos.

CONCEPTOS TERAPÉUTICOS

Inada et al (8), hicieron la tromboendarterectomía en 55 pacientes con TAO pero consideran que no es una buena operación por no poderse obtener un buen clivage y que por ello hay pocos informes sobre esta operación en TAO. Corelli (3), de acuerdo con su estricto criterio, cree que la abolición absoluta de la inhalación directa o indirecta del humo de cigarrillos es el tratamiento y lo asocia a la maloterapia y al tratamiento de las infecciones locales. Zanini y Cortrufo preconizan (18), la simpaticectomía sociada a la adrenalectomía unilateral, Vander Stricht también aboga por la simpaticectomía (16), mientras Wuw Stojanovic y col (15) afirman que si pudiéramos aclarar la etiología de la enfermedad también podríamos encontrar medidas más adecuadas para su prevención y tratamiento.

TAO EN HONDURAS

Si meditamos en los estudios llevados a cabo por científicos de justificado renombre, como se ha visto desfilar en este trabajo de actualización, tendremos que llegar forzosamente a la conclusión de que clasificar de Enfermedad de Buerger únicamente por las características clínicas y el cua-

dro arteriográfico no suficiente. En revisiones estadísticas sobre las características de nuestros enfermos publicados con anterioridad (5 y 6) damos cifras de 9.3o/o y 10.5o/o de TAO sobre el total de pacientes con procesos arteriales obliterantes. Hoy creemos que probablemente no hubo suficiente justificación en muchos casos. Posiblemente nuestros porcentajes son exagerados.

No obstante, si creemos que debemos de insistir una vez más, en el hecho particular de que nuestros pacientes con arteriopatías crónicas obliterantes tienen un bajo índice de historia de claudicación intermitente (48.2o/o en los trabajos ya referidos), lo cual coincide con las observaciones de Puech Leao en sus pacientes brasileños (40.6o/o). También sabemos que nuestra arteriosclerosis obliterante tiene una principal predilección por arterias periféricas especialmente y que las oclusiones aórticas e ilíacas son considerablemente menos frecuentes que las del ligamento inguinal para abajo. Nuestra arterioesclerosis obliterante tiene en realidad algunas de las características de TAO. Probablemente, tendremos que admitir que la arterioesclerosis obliterante puede presentarse con cuadros distintos, según la ubicación geográfica, los grupos étnicos, los factores alimenticios, la influencia del stress y otros tantos conceptos que hoy en día solo apenas vislumbramos.

CONCLUSIÓN

Al hacer una revisión de conceptos modernos sobre la existencia o no como enfermedad independiente de la Tromboangeitis Obliterante, hemos pretendido únicamente, resumir para nuestros lec-

tores las opiniones de grandes personalidades en la Angiología sobre este tema tan apasionante. Personalmente, tenemos la impresión, que cualquiera que sea el cuadro histológico y la ausencia de elementos de suficiente peso científico para afirmar que la TAO es una enfermedad independiente, sin conexiones con la arterioesclerosis obliterante, si es cierto también que desde el punto de vista clínico existe un cuadro de obstrucción arterial que no sigue los lineamientos generales de la arterioesclerosis obliterante y en la cual la influencia del tabaquismo es determinante. Creemos prudente desde un punto de vista objetivo, referirse a ella únicamente como Síndrome de Tromboangeitis Obliterante.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Adar, R. Buerger's Disease. The need for diagnostic criteria. *Surgery*. 76: 846: 74
- 2) Chopra, B.S. Zakariah, T. Sodhi, J.S. Khanva, S.K. Wahl, P.L. Thromboangeitis Obliterans. A Clinical Study with Special Emphasis on venous involvement. *Angiology*. 27: 126: 76,
- 3) Corelli, F. Buerger's Disease Cigarette Smoker disease may always be cured by medical therapy alone. Uselessness of operative treatment. Symposium on Buerger's Disease. *The Journal of Cardiovascular Surgery*. 14: 5: 73-
- 4) Eadie, D.G.A. Buerger's Disease. A Clinical and ethiological re-examination. *Rev. Brasileira Cardiovascular*. 11: 52: 70.
- 5) Gómez-Márquez, J. Arteriopatías obliterantes crónicas en el medio hondureño. Análisis estadístico en 183 casos. *Angiología* 2: 61: 68
- 6) Gómez-Márquez, J. Análisis de 351 casos de patología arterial. *Angiología*. 22: 172: 70.
- 7) Hermán, B.E. Buerger's Syndrome. *Angiology*, 26: 713: 75.
- 8) Inada, K. Katsumara, T. The Entity of Buerger's Disease. *Angiology*. 23: 668: 72.
- 9) Kunlin, J. Lengua, F. Testart, J. Pajot, A. Thromboangeiosis or Thromboangeitis treated by adrenalectomy and sympathectomy from 1942 to 1962. (A follow-up study of 110 cases. Symposium on Buerger's Disease. *The Journal of Cardiovascular Surgery*. 14: 5: 73.
- 10) Morris-Jones, Jones, C.D.P. Buerger's Disease in Women A report of a case and a review of the literature. *Angiology*. 24: 675: 73.
- 11) Mozes, M. Cahanzkyc Doitsch, V. Adar, R. The Association of Arterioesclerosis and Buerger's Disease. A Clinical and radiological study. *The Journal of Cardiovascular Surgery*. 11: 52: 70.
- 12) Rivera, R. Roentgenographic diagnosis of Buerger's Disease. Symposium on Buerger's Disease. *The Journal of Cardiovascular Surgery*.