

La arteritis de Buerger y la arteritis de Takayasu

F. MARTORELL

Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de
Barcelona (España)

La arteritis de Buerger y la arteritis de Takayasu son enfermedades de las arterias de tipo inflamatorio no específico, que se presentan en personas jóvenes en época de actividad genital. En las dos enfermedades el factor hormonal e hiperérgico juegan un importante papel.

La anatomía patológica es muy parecida en las dos enfermedades. Todas las capas arteriales están alteradas. No hay depósito de lípidos ni impregnación cálcica. La íntima, la media y la adventicia presentan lesiones inflamatorias con predominio de la infiltración polinuclear en la capa externa. Esta periarteritis fusiona la arteria a la vena y engloba los tejidos vecinos. La luz arterial está estenosada u ocluida del todo por un trombo o por tejido fibroso lleno de pequeñas cavidades vasculares. Pueden hallarse células gigantes.

Estas lesiones inflamatorias se localizan en las arterias distales en la arteritis de Buerger, mientras en la arteritis de Takayasu lo hacen en las arterias centrales, aorta y origen de los troncos supraaórticos, de las arterias renales o de las ilíacas.

CUADRO I
DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS ENTRE LA
ARTERITIS DE BUERGER y LA ARTERITIS DE TAKAYASU

CARACTERISTICAS	ARTERITIS DE BUERGER	ARTERITIS DE TAKAYASU
Edad	20-40 años	20-40 años
Anatomía Patológica	Panarteritis	Panarteritis
Sexo	Masculino	Femenino
Tabaco	Gran influencia	No influye
Velocidad de Sedimentación Globular	Normal	Acelerada
Localización	Distal	Proximal
Miembros más afectados	Inferiores	Superiores
Trastornos Tróficos	Frecuentes	Muy raros
Tratamiento	Prednisona-Fenilbutazona	Prednisona-Fenilbutazona

Por esta localización, la arteritis de Buerger origina trastornos isquémicos en los miembros, con mayor frecuencia los inferiores. Los trastornos tróficos son frecuentes y precoces en la arteritis de Buerger, en tanto son muy raros en la arteritis de Takayasu.

Clínicamente, la arteritis de Buerger da lugar a claudicación intermitente, síndrome de Raynaud, úlceras y gangrena. La arteritis de Takayasu origina un síndrome de Martorell si ocluye el origen de los troncos supraaórticos, una hipertensión si estenosa el origen de las renales y un síndrome de Leriche si ocluye la bifurcación aortoiliaca; siendo más frecuente en las extremidades superiores.

El tratamiento médico es el mismo en los dos casos: administración de prednisona y fenilbutazona. Si bien, en la arteritis de Buerger es indispensable la supresión del tabaco y en la arteritis de Takayasu la supresión de focos sépticos.

RESUMEN

En un breve estudio se presentan las semejanzas y diferencias entre la arteritis de Buerger y la arteritis de Takayasu. Las dos se presentan en edad de actividad genital, tienen una anatomía patológica semejante y responden bien a la terapéutica antiinflamatoria. Se diferencian por el sexo, por la localización de las lesiones, por la influencia del tabaco y por la presencia de trastornos tróficos.

SUMMARY

In a brief study, the similarities and the differences between the Buerger's Arteritis and Takayasu's Arteritis are presented. Both show in genital activity age, they have a similar pathological anatomy and respond well to antiinflammatory drugs. The difference depends of the sex, the localization of the lesions, the influence of tobacco and the presence of trophic disturbances.