



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 347/2254 - ÚLCERA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA EN PIE DERECHO

D. Martínez Revuelta<sup>a</sup>, R. López Sánchez<sup>b</sup>, A. Azagra Calero<sup>c</sup> y A. Aldama Martín<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Morante. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 53 años fumador activo con un IPA 25 paq-año sin otros antecedentes de interés que consulta por úlceras en primera falange de pie derecho desde hace varios meses con agravamiento en las últimas semanas. Niega antecedentes de traumatismo previo o infección. Afebril. Refiere que las úlceras desprenden mal olor y manifiesta impotencia funcional así como claudicación en miembro inferior derecho a los 50 metros.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración cardiopulmonar y abdominal anodina. Extremidades sin alteraciones salvo en el pie derecho que presenta dos lesiones ulcerosas en primer dedo. Trofismo normal. Pulsos pedios bilaterales débiles sin signos de TVP. No datos de neuropatía. La analítica completa y sedimento resultaron normales a excepción de proteína C reactiva de 25 mg/l y velocidad de sedimentación globular 28. Los cultivos de la úlcera cutánea fueron negativos así como las pruebas reumatológicas. Gammagrafía ósea sin datos de osteomielitis. Índice tobillo-brazo (ITB) 0,5 bilateral. En Eco Doppler oclusión distal de arteria poplítea del miembro inferior derecho por lo que se solicitó angioTC donde se objetivó un stop a nivel de la arteria poplítea derecha. Como prueba definitiva se realiza arteriografía con stop en ambas arterias poplíteas con imágenes de arterias colaterales en sacacorchos.

**Orientación diagnóstica:** Tromboangeítis obliterante (enfermedad de Buerger).

**Diagnóstico diferencial:** Celulitis. Diabetes mellitus. Enfermedad ateroembólica. Enfermedad de Buerger. Síndrome antifosfolípido. Osteomielitis.

**Comentario final:** La enfermedad de Buerger o tromboangeítis obliterante es una enfermedad poco frecuente. La mayoría son varones jóvenes entre 40-50 años. Es una enfermedad vascular no aterosclerótica y segmentaria de arterias de medio y pequeño calibre. La presentación clínica más frecuente es la claudicación intermitente pudiendo provocar úlceras si la isquemia es severa. Desde Atención Primaria se puede sospechar tanto como por la clínica como mediante la medida de un ITB 0,8 que nos permitirá remitir a consultas hospitalarias con una alta sospecha diagnóstica. La única medida efectiva para mejorar el pronóstico es la supresión del tabaco.

### Bibliografía

1. Piazza G, Creager MA. Thromboangiitis obliterans. Circulation. 2010;121:1858.

2. Dargon PT, Landy GJ. Buerger's disease. *Ann Vasc Surg.* 2012;26: 871.
3. Olin JW. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *N Engl J Med.* 2000;343:864.

**Palabras clave:** Buerger. Úlcera. Tabaco.