

UN CASO DE ENDOARTERIOLOSIS PRIMARIA DISTAL

R. CABALLERO y J. BERMUDO
Sevilla (España)

Afección vascular perfectamente desligada de la tromboangeítis y de la arterioesclerosis desde los primeros casos que publicaron KRAMER y FONTAINE, cuyas características resume perfectamente MARTORELL y que enumeradas son las siguientes:

- 1.^a — Iniciación de la enfermedad en las arteriolas distales.
- 2.^a — Obliteración de estas arteriolas por endarteriolutis.
- 3.^a — Isquemia de los extremos de los dedos que origina úlceras o gangrenas de los mismos.
- 4.^a — Estas úlceras o gangrenas aparecen sin claudicación intermitente previa.
- 5.^a — El pulso periférico persiste normalmente hasta las partes más periféricas.
- 6.^a — El índice oscilométrico es normal y con frecuencia aumentado.

Exponemos a continuación un caso que hemos podido observar.

J. V. P. varón de 65 años de edad. Muy fumador y bebedor. Visto por primera vez el 8 de mayo de 1957.

Nos refiere el enfermo que hace unos tres meses y encontrándose antes bien, sin antecedente vascular alguno (claudicación, frialdad, alteración en el crecimiento de las uñas o el vello, etc.) nota «una rozadura» alrededor de la uña del 1.^{er} dedo del pie izquierdo, infectándose más tarde, y poniéndose aquél «negro». Con unos días también de intervalo, sin precisar cuántos, aparece «una mancha negra» en el borde interno del mismo pie, supurando ambas lesiones y notando gran fetidez a nivel de las mismas.

A la exploración nos encontramos con un enfermo de mediana estatura, regular estado de nutrición, boca séptica, aspecto senil en general y nada de particular en tórax y abdomen.

Nada a la exploración de miembros superiores.

Hay una gran fetidez que procede del dedo gordo del pie izquierdo,

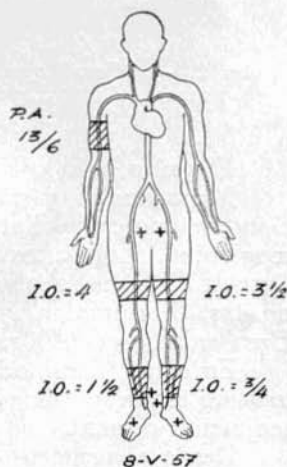


Fig. 1. — Presión arterial, pulsos y oscilometría en el caso que presentamos de endarteriolutis primaria distal.

que a la inspección se presenta convertido en una masa pultácea bañada en exudado.

A nivel de la cabeza del metatarsiano y en borde interno del pie, zona del tamaño algo menor que una moneda de cinco céntimos, compuesta en parte de una costra necrótica incompletamente eliminada y de mamelones fungosos y rojizos.

A la palpación no hay frialdad marcada de miembros inferiores y sí discreto aumento de temperatura local a nivel de la zona linfangítica próxima a la de gangrena húmeda.

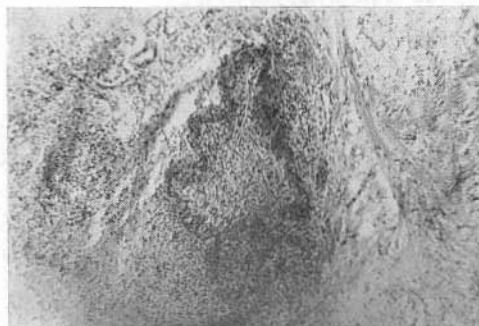


Fig. 2. — Microfotografía. Endarteriolitis primaria distal. Leyenda en el texto.

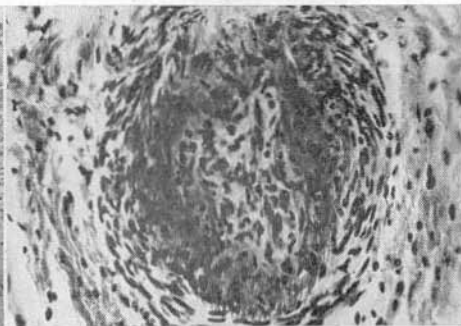


Fig. 3. — Microfotografía del mismo caso. Leyenda en el texto.

El pulso y la oscilometría lo reflejamos en la ficha vascular (fig. 1).

Wassermann y complementarias negativas; Velocidad de sedimentación con índice de Katz de 87,25 mm.; 2.900.000 hematíes y 54 % de hemoglobina. Leucocitos 5.625, con 0 basófilos, 0 eosinófilos, 0 mielocitos, 4 neutrófilos en cayado, 72 neutrófilos segmentados, 21 linfocitos y 3 monocitos. Glucemia en ayunas 1,10 g. por mil. Urea en sangre 0,43 g. por mil. Urea en sangre 0,43 g. por mil. Proteínas totales en sangre 7,45 g. %.

En orina, densidad 1.017, albúmina no contiene, glucosa indicios, acetona no contiene, pigmentos biliares no contiene, urobilina positiva (+++), sedimento normal.

Desde el principio se instaura tratamiento con Penicilina, extracto esplénico (Esplenhormón) y se hacen infiltraciones del simpático catenar correspondiente, cura tópica.

En días sucesivos se observó cómo no progresaba la zona de gangrena e incluso el 6-VI-57 se había delimitado un surco de eliminación algo por delante de la base del dedo. Se practica necrectomía sin haber podido convertir su gangrena en seca.

La intervención se efectúa de la forma acostumbrada; anestesia general con Pentotal, bisturí eléctrico, seccionando hasta el tejido sano, dejando el muñón ampliamente abierto. Se secciona una cuña de la pieza interdigital encargándose de su examen histopatológico el Dr. J. BERMUDO.

El informe es el siguiente: Se fija en formol al 10 %. Cortes en congelación Hematoxilina-eosina; variante cuarta de Gallego-Río Hortega, técnica 2.ª variante A. *Examen microscópico* (figs. 2 y 3)—. Se ve epitelio pavimentoso poliestratificado del tipo de cubierta cutánea con capa córnea engrosada, que presenta discreta acantosis y festón dermopapilar, muy irregular dispuesto en estrechas papilas, que profundizan en el conectivo sin alteración de los elementos de la germinativa y con basal íntegra. El conectivo del dermis presenta infiltraciones de leucocitos de tipo linfocito, algunas células plasmáticas epitelioides y abundantes fibrocitos que se disponen en nódulos sin localización precisa y que en ciertas zonas se infiltran de manera difusa, existiendo en éstas condensación de la colágena y fragmentación de la elástica. Se ven vasos sanguíneos de tipo prearteriales en las que se aprecian fuertes infiltraciones de fibrocitos y algunos linfocitos, y plasmocitos que engrosan la túnica interna de dichos vasos ocluyendo total o parcialmente la luz. La elástica interna se encuentra desplazada y a veces fragmentada en el borde externo del vaso, quedando la muscular tan adelgazada que a veces se confunde con la elástica externa. En algunas zonas se ven pequeños focos de necrosis. Las glándulas anexas a la piel se conservan sin alteración.

Diagnóstico. — Proceso inflamatorio crónico inespecífico. Endoarteriolitis.

Se continúa con Esplenhormón, penicilina y cura local con Triptase. El 19-VI-57 el lecho cruento tiene un magnífico aspecto, sólo queda una pequeña zona por cicatrizar. La zona necrótica superficial del borde del pie ha curado, y la ficha vascular muestra la mejoría alcanzada (fig. 4). Una semana más tarde, se da al enfermo de alta perfectamente curado sin que hasta la fecha haya vuelto a aquejar nuevas molestias.

COMENTARIO. — Llama la atención en este enfermo el no referir la sensación de quemazón dolorosa o de picaduras de aguja que refiere FONTAINE en sus siete casos y que, como un síntoma más, lo valoran KRAMER y MARTORELL. Existe el pulso periférico y la oscilometría está conservada hasta maléolos con valores casi normales antes del tratamiento vasodilatador y normales después de éste, isquemia distal del primer dedo, falta de la claudicación intermitente y, finalmente, obliteración de las arteriolas a expensas de los elementos de la íntima, lo que nos lleva al diagnóstico de endoarteriolitis primaria distal.

Ni en los antecedentes ni en los exámenes complementarios practicados encontramos nada que pueda aportar algo a la obscura etiología de esta afección, cosa que por otra parte no pretendemos, ya que con un solo caso,

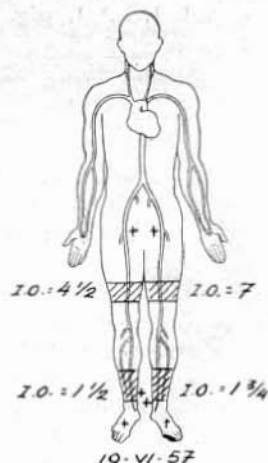


Fig. 4. — Pulsos y oscilometría transcurrido más de un mes de tratamiento.

en el que por añadidura sólo se han practicado los exámenes de rutina, sería pueril aventurar cualquier opinión.

Sólo podemos coincidir con el resto de los autores en el buen pronóstico de la lesión y la buena respuesta a los vasodilatadores.

SUMMARY

Primary distal endarteriolitis is a condition which involves the smaller vessels primarily. It is more frequent in males, but may occur in females. Pedal pulses are palpable and oscillometric readings are normal. The arteriolar occlusion is not due to thrombus. Lumen is occluded by proliferation of endothelial cells. A case is presented.

BIBLIOGRAFÍA

- FONTAINE, R.; FRANK, P.; CHORWATH, V. — *Contribution a l'étude des gangrènes limitées des orteils avec conservation du pouls et des oscillations*. "Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux", año XLII, n.º 2, pág. 240; febrero 1949.
- KRAMER, DAVID W. — *Endarteritis obliterans (obliterative endarteritis)*. "Angiology", vol. 1, n.º 1, pág. 53; febrero 1950.
- MARTORELL, F. ROCA DE VINYALS, R. — *Gangrena de los pies por endoarteriolitis primaria distal*. "Clínica y Laboratorio", n.º 290; mayo 1950.