

Enfermedad de Buerger e infarto mesentérico

J.M. Pereira-de Godoy, M. Casagrande, M.R. de Figueredo

BUERGER'S DISEASE AND MESENTERIC INFARCTION

Summary. Case report. In this work a 32-year-old male patient who was habitual smoker and who looked a for treatment due to pain and darkening of the toes on the right foot is reported. Biochemical exams such as hemogram, glycemia, cholesterol and creatinine were made and all were found normal. Electrocardiogram and echocardiogram also proved normal. The ankle/arm blood pressure ratio was one. The toes were amputated and scaring of the lesion was successful after, another ischemic problem evolved and the limb evolved to necrosis and was amputated. Flebitis in a non-varicose vein a lower limb was seen. Its was suggested that he stopped to smoke, but he did not manage. Five year after the first symptoms he had abdominal pain, and underwent an exploratory laparotomy where the diagnostic was mesenteric infarction. This was removed but the patient died in the post-operative period. [ANGIOLOGÍA 2003; 55: 255-8]

Key words. Buerger's disease. Intestinal ischemia.

Introducción

La tromboangiítis obliterante (TAO), o enfermedad de Buerger, es una enfermedad vascular oclusiva, inflamatoria, no aterosclerótica, de etiología desconocida, que afecta con mayor frecuencia a las pequeñas y medianas arterias, venas y nervios [1-3].

El factor preponderante en el desarrollo y progresión de la enfermedad es el tabaquismo. La sensibilidad humoral y celular a la glucoproteína del tabaco, los mecanismos autoinmunes y la predisposición genética son factores etiológicos asociados a la génesis de la enfermedad [1-3]. Las manifestaciones clínicas más

comunes son la isquemia de la extremidad, la claudicación intermitente, la tromboflebitis y, en algunos casos, el síndrome de Raynaud [4,5]. La asociación a un cuadro isquémico intestinal es rara, aunque se han descrito algunos casos [6-9].

El objetivo del presente estudio es remarcar que los pacientes de la enfermedad de Buerger pueden presentar isquemia intestinal.

Caso clínico

El paciente, de 32 años de edad, fumador crónico, presentaba dolor en el primer

Departamento de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Facultad de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

Correspondencia:

Dr. José Maria Pereira de Godoy. Rua Floriano Peixoto 2950. São José do Rio Preto. SP 15010-020. Brazil. E-mail: godoyjmp@riopreto.com.br

© 2003, ANGIOLOGÍA



Figura 1. Oclusionión de las arterias tibiales.

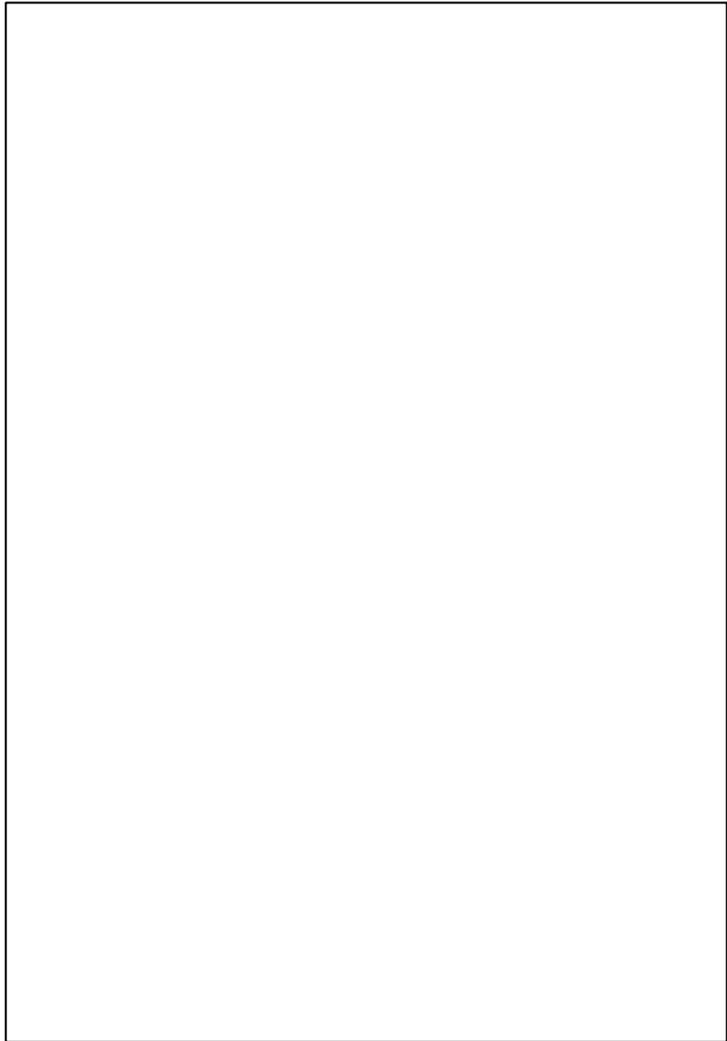


Figura 2. Oclusionión de las arterias del pie.

dedo del pie derecho, que evolucionó hacia isquemia y necrosis. En el examen físico se le detectó la isquemia del hallux. El índice tobillo/brazo fue de 1. Se le practicó la amputación del primer dedo y se produjo la cicatrización de la herida. La arteriografía mostró oclusiones segmentarias en las arterias tibiales, con una oclusión total de las arterias del pie, como muestran las figuras 1 y 2. Los exámenes bioquímicos, como el del colesterol y la

glucemia, mostraron resultados normales. La evaluación cardíaca no reveló arritmia y el ecocardiograma fue normal.

Ocho meses después, el paciente presentó un nuevo cuadro de isquemia de los miembros inferiores, que evolucionó hacia una necrosis y la consiguiente amputación del miembro. Los resultados histológicos fueron compatibles con la enfermedad de Buerger. Cuatro meses después de la amputación, presentó flebitis en una vena

no varicosa localizada en el miembro inferior izquierdo. Al paciente se le aconsejó desde el principio que abandonara el tabaco, cosa que no hizo a pesar de la insistencia médica y del apoyo familiar.

Durante cinco años no presentó ningún nuevo cuadro trombótico, hasta que sobrevino el dolor abdominal y se le sometió a una laparotomía exploratoria. Se le detectó un infarto mesentérico y se le practicó una resección del intestino delgado. El paciente evolucionó hacia el óbito en el posoperatorio.

Discusión

En el presente estudio se describe el caso de un paciente de sexo masculino que cumplía los criterios de Shionoya para la enfermedad de Buerger. Las manifestaciones clínicas de esa enfermedad se producen normalmente en las extremidades de los miembros, y afectan generalmente a venas pequeñas y medianas, a las arterias y a los nervios.

La isquemia intestinal asociada a la enfermedad de Buerger es una manifestación muy rara, que se menciona en algunos casos clínicos [6-9]. Los síntomas gastrointestinales descritos son inespecíficos, aunque el dolor intestinal se ha observado en un 86% de los pacientes, el vómito en un 21%, la pérdida de peso en un 21%, la anorexia en un 14% y la melena en un

14% de los casos. Algunos pacientes presentan dolor abdominal crónico o intermitente durante un período que oscila entre los tres meses y los cuatro años [4]. De 17 casos descritos, 10 presentaron afectación del intestino delgado y siete del intestino grueso, que en la mayoría de los casos se solucionaron con la realización de una resección quirúrgica. En el seguimiento postoperatorio de 11 casos, cuatro de ellos evolucionaron hacia el óbito, dato que contrasta con la baja mortalidad en la afectación periférica de la enfermedad de Buerger [9]. En el presente estudio, el cuadro abdominal fue agudo, y el diagnóstico del cuadro mesentérico fue realizado por el cirujano general, que practicó la resección del asa intestinal. Por tanto, los cuadros trombóticos en los vasos circundantes al tracto gastrointestinal no siempre se produjeron en el preoperatorio.

La enfermedad de Buerger se manifiesta en los pacientes jóvenes, en los cuales los síntomas gastrointestinales son raros, aunque el hecho de que se presenten nos debe hacer pensar en la posibilidad de la afectación isquémica.

Debemos, por tanto, prestar atención a las enfermedades vasculares en los casos de isquemia intestinal. La enfermedad de Buerger puede presentar esta rarísima manifestación y, por consiguiente, debe tenerse siempre en cuenta en las investigaciones diagnósticas.

Bibliografía

1. De Godoy JMP, Braile DM, Godoy MF. Buerger's disease and anticardiolipin antibodies: a worse prognosis? *Clin Appl Thromb Hemost* 2002; 8: 85-6.
2. Roncon-Albuquerque R, Serrao P, Vale-Pereira R, Costa-Lima J, Roncon-Albuquerque R Jr. Plasma catecholamines in Buerger's disease: effects of cigarette smoking and surgical sympathectomy. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2002; 24: 338-43.

3. Hooten WM, Bruns HK, Hays JT. Inpatient treatment of severe nicotine dependence in a patient with thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *Mayo Clin Proc* 1998; 73: 529-32.
4. Wysokinski WE, Kwiatkowska W, Sapien-Raczkoswska B, Czarnacki M, Doscocz R, Kowal-Gierczak B. Sustained classic clinical spectrum of thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *Angiology* 2000; 51: 141-50.
5. Shionoya S. Diagnostic criteria of Buerger's disease. *Int cardiol* 1998; 1: 243-5.
6. Adem C, Benamouzig R, Royer I, Chapel N, Martin A. Buerger's disease or thromboangiitis obliterans revealed by an enteric ischemia. Case report and literature review. *Gastroenterol Clin Biol* 2002; 26: 409-11.
7. Iwai T. Buerger's disease with intestinal involvement. *Int J Cardiol* 1998; 1: 257-65.
8. Sachs IL, Klima T, Frankel NB. Thromboangiitis obliterans of the transverse colon. *JAMA* 1977; 238: 336-7.
9. Ito M, Nihei Z, Ichikawa W, Mishima Y. Intestinal ischemia resulting from Buerger's disease; report of case. *Surgery Today* 1993; 23: 988-92.

ENFERMEDAD DE BUERGER E INFARTO MESENTÉRICO

Resumen. Caso clínico. *Se describe el caso de un paciente de 32 años de edad, fumador crónico, que requirió atención médica al quejarse de dolor y oscurecimiento del primer dedo del pie derecho. Se realizaron exámenes bioquímicos, tales como hemograma, glucemia, colesterol y creatinina, que dieron resultados normales. El electrocardiograma y el ecocardiograma también fueron normales. El índice tobillo/brazo fue de 1. Se le sometió a la amputación del primer dedo y se produjo una rápida cicatrización de la lesión. Posteriormente, presentó un nuevo cuadro isquémico en el miembro, que evolucionó hacia necrosis y pérdida del mismo. También presentó flebitis en vena no varicosa del miembro inferior. Se le aconsejó desde el principio que dejara de fumar; sin embargo, no se consiguió. Cinco años después del cuadro inicial, el paciente padecía dolor abdominal y se le practicó una laparotomía exploratoria que facilitó el diagnóstico de infarto mesentérico y resección del mismo. Durante el posoperatorio se produjo la muerte. [ANGIOLOGÍA 2003; 55: 255-8]*

Palabras clave. *Enfermedad de Buerger. Isquemia intestinal.*

DOENÇA DE BUERGER E INFARTO MESENTÉRICO

Resumo. Caso clínico. *Relata-se o caso de um paciente de 32 anos de idade, fumante crônico, que procurou atendimento médico queixando de dor e escurecimento no hálux do pé direito. Foram realizados exames bioquímicos como hemograma, glicemia, colesterol e creatinina, sendo os resultados normais. O eletrocardiograma e o ecocardiograma foram normais. O índice pressórico tornozelo/braço foi de 1. Foi submetido à amputação do hálux e obteve rápida cicatrização da lesão. Posteriormente, apresentou novo quadro isquêmico no membro, que evoluiu para necrose e perda do mesmo. Apresentou ainda flebite em veia não varicosa em membro inferior. Foi orientado desde o início a abandonar o cigarro, porém não conseguiu. Cinco anos após o quadro inicial, o paciente apresentou dor abdominal, e foi submetido a laparotomia exploradora que favoreceu o diagnóstico de infarto mesentérico e ressecção deste. No pós-operatório foi a óbito. [ANGIOLOGÍA 2003; 55: 255-8]*

Palavras chave. *Doença de Buerger. Isquemia intestinal.*