

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA ENFERMEDAD DE
BUERGER Y LA ARTERIOSCLEROSIS OBLITERANTE *

DRES. B. VOLNIE
L. MÉNDEZ
S. ZAJARÍAS
D. TOLEDANO
J. E. CORONEL

AUNQUE EN MÉXICO el número de enfermos con arteriosclerosis obliterante en las extremidades y el de los que sufren Enfermedad de Buerger no es muy numeroso, hemos podido estudiar 160 casos de los primeros y 60 de los segundos durante 13 años de trabajo en el Instituto de Cardiología de México. Hemos hecho estudios clínicos con oscilometría, termometría cutánea y en pocos, tiempos de circulación. En 75 arteriosclerosis hemos hecho arteriografías, así como en 15 con enfermedad de Buerger. Se han practicado estudios anatómicos e histológicos de arterias en miembros amputados, en 9 casos de Enfermedad de Buerger y en 45 de arteriosclerosis obliterante.

Encontramos que el diagnóstico diferencial es relativamente fácil, ya que cada grupo presentó características típicas en todos los aspectos de estudio.

En el cuadro clínico, las diferencias en cuanto a las circunstancias de aparición de la insuficiencia arterial son importantes. La edad promedio en la enfermedad de Buerger fue de 32 años, con extremos entre 21 y 45, mientras que la edad de la arteriosclerosis obliterante fue de 66 años promedio, con extremos de 40 y 87. En la Enfermedad de Buerger todos fueron hombres y todos fumadores, en ninguno hubo diabetes, y, en el 11.6% se encontraron positivas las pruebas serológicas de la sífilis.

En la arteriosclerosis obliterante, el sexo fue masculino en el 78.6%. Hubo hipertensión arterial en el 8.7%, sífilis en el 11.2%, diabetes en el 26.8% y el 20% no eran fumadores.

* Leído en la sesión del 12 de marzo de 1958.

En cuanto a la raza, en la Enfermedad de Buerger hubo 45% de blancos, con 8.4% de israelitas y 55% de mestizos. En la arteriosclerosis, el 53.2% eran blancos, mestizos el 45.5% e indígenas 1.3%.

Por lo que ve a la expresión clínica, en la Enfermedad de Buerger se encontró la insuficiencia arterial en los miembros inferiores en el 73.3% y, en éstos y los superiores en el 26.7%.

Hubo parestesias en el 86.6%; claudicación en el 93.3%; ulceraciones y/o necrosis en el 75%; flebitis migratoria en el 31.6% y manifestaciones cutáneas de severidad variable y descubribles por hipotermia y/o cianosis así como palidez plantar con la elevación de los miembros, en el 100%.

En la arteriosclerosis obliterante se localizó la insuficiencia arterial a uno solo de los miembros inferiores en el 30.6% de los casos; a los dos miembros inferiores en el 63.6% de los casos y, en los miembros inferiores y superiores en el 5.8%. Se presentaron necrosis y/o gangrena en el 46.8%; hubo claudicación en el 85%; parestesias moderadas en el 86.2%; angor pectoris en el 18.7%; y accidentes vasculares cerebrales en el 1.4%. El electrocardiograma fue normal solamente en el 22.3%.

Hubo infarto miocárdico en el 6.7% isquemia en el 15.5%; hipertrofia ventricular izquierda en el 29%; hipertrofia ventricular derecha en el 12.8%; bloqueos de rama en el 14.2%.

El fondo del ojo fue normal solamente en el 25.6% y, hubo angiotonía y angioesclerosis en el 22% y retinopatía diabética en el 52.4%. El colesterol sanguíneo se encontró elevado en el 55.8%.

Como se ve, por el estudio clínico es fácil la diferenciación, en la Enfermedad de Buerger, además de las condiciones etiológicas precisas, predominan los cuadros de insuficiencia arterial cutánea y de neuritis isquémica y, en ellos no se encuentra alteración vascular, coronaria, ni del fondo del ojo, mientras que en los arteriosclerosis predomina la insuficiencia arterial muscular y es muy alto el porcentaje con alteraciones coronarias y del fondo del ojo.

En la anatomía patológica, se encuentran en los 9 casos de estudio con Enfermedad de Buerger, que había engrosamiento irregular del endotelio en todos, con luz ocluida por trombo adherido a endotelio proliferado en todos. Con la elástica interna enferma y engrosada en el 33%, con infiltración leucocitaria en el 88% y con desorganización de las fibras músculo-elásticas en el 44.4%. En la adventicia había infiltración leucocitaria en todos, con fibrosis que comprimía el paquete vasculo nervioso en el 55.5%. Las venas tenían manifestaciones similares a las de las arte-

rias en todos. En los nervios había disociación fascicular en el 33.3% e infiltración leucocitaria en el 100%.

En la arteriosclerosis obliterante, cuyo estudio se hizo en 45, se encontró oclusión total en el 48.8%; parcial en el 11.1%, con trombo canalizado en el 24.4%. La íntima irregularmente engrosada, con proliferación moderada en el 100%, con depósitos de substancia necrótica, cristales de colesterol y macrófagos en el 62.2%.

En la media hubo desdoblamiento de la elástica interna en el 44.4%, calcificaciones en el 51.1%; sustitución por tejido fibroso en el 20%; infiltración leucocitaria en el 5%. En la adventicia hubo infiltración en el 20%, fibrosis en el 11.1%.

En las venas hubo lesiones similares a las arteriales en 9 (20%). En los nervios hubo disociación vascular en 3 (7%) e infiltración linfocitaria en 9 (20%).

Como se ve, en la Enfermedad de Buerger, la inflamación, la proliferación y la extensión a las 3 capas, así como las alteraciones venosas y sobre los nervios periféricos, son mucho más acentuadas que en la arteriosclerosis obliterante.

En el estudio arteriográfico efectuado en 75 arterioscleróticos y 15 de Buerger, se encontraron diferencias bien características.

En la Enfermedad de Buerger la imagen vascular arterial es "pobre" y los pocos vasos que se visualizan son solamente los de calibre importante. La silueta arterial es nítida, no hay irregularidad en el paralelismo de paredes arteriales y, aquellos vasos que se visualizan tienen aspecto de estar sanos. Los vasos musculares son escasos, gruesos y poco irregulares. La oclusión se ve en forma abrupta y con obliteración casi perpendicular al trayecto lineal del vaso. La circulación colateral al sitio ocluido es muy exigua y los vasos que la forman tienden a ser de aspecto helicoidal. Las oclusiones segmentarias son muy raras.

En la arteriosclerosis obliterante la imagen es como sigue: 1) Muy "rica", con visualización de ramificaciones muy pequeñas sobre todo las musculares. 2) Los vasos presentan muchas variaciones en su calibre, algunos llegan a ser moniliformes. 3) Los bordes se encuentran irregulares, en muchos como si estuvieran roídos. 4) Los pequeños vasos son también muy irregulares, casi no hay alguno que tenga trayecto rectilíneo. 5) En el sitio de la oclusión se ve un estrechamiento gradual con punta dirigida hacia el extremo distal y con gran circulación colateral por encima de la oclusión. 6) Es frecuente encontrar oclusiones segmentarias, algunas de varios centímetros de longitud con circulación colateral tan abundante que permite el llenado de arterias muy gruesas por debajo de los sitios ocluidos.

La imagen arteriográfica tan diferente en uno y otro padecimiento se explica bien por las diferencias clínicas y las de evolución. En la arteriosclerosis obliterante la obstrucción se hace en forma gradual, con estrechamiento progresivo del calibre, lo que permite el desarrollo de una red colateral, suficiente en muchos casos; y a mayor abundamiento, la reacción inflamatoria poco acentuada de la íntima, permite la recanalización de algunos trombos. En cambio en la Enfermedad de Buerger, el proceso inflamatorio sumado al trombo, oblitera segmentos importantes en poco tiempo y, la proliferación se extiende a las colaterales, las que no se alcanzan a desarrollar, por ello y, en parte, por el espasmo que es más acentuado.

La evolución de nuestros enfermos fue más severa por lo que ve a la sobrevivencia de los miembros en la Enfermedad de Buerger, pues en ellos hubo que amputar en el 48.3% mientras que en los de arteriosclerosis obliterante la amputación fue necesaria solamente en el 28.7% casos y en segmentos más distales. Dos de los enfermos con Buerger murieron; uno con peritonitis por oclusión de mesentérica y otro por estado infeccioso consecutivo a la necrosis e infección de ambos miembro; inferiores. De arteriosclerosis obliterante registramos la muerte de 3 casos, uno por obstrucción de vasos cerebrales, otro por bronconeumonía diseminada y otro por bronconeumonía más obstrucción de femoral y de iliaca interna derechas.

RESUMEN

Se estudian 160 casos de arteriosclerosis obliterante y 60 de Enfermedad de Buerger. Se encuentran diferencias francas en ambos lotes.

La evolución de la Enfermedad de Buerger se hace con franco predominio de insuficiencia arterial cutánea y de neuritis isquémica, mientras que en la arteriosclerosis obliterante predomina la insuficiencia arterial muscular y se acompaña frecuentemente de alteraciones coronarias y de las arteriolas del fondo del ojo.

En el estudio histológico en la Enfermedad de Buerger hay proliferación y fibrosis con infiltración leucocitaria y sin recanalización de trombos. En la arteriosclerosis hay poca reacción inflamatoria, buen desarrollo de colaterales y recanalización del trombo en algunos.

En las arteriografías la imagen es de rica red colateral y de obstrucción progresiva en la arteriosclerosis, mientras que en el Buerger se encuentra interrupción súbita de los vasos y con muy poco desarrollo de colaterales. Se explican estos hallazgos por la forma evolutiva diferente en ambas enfermedades.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE ARTERIOESCLEROSIS
Y ENFERMEDADES DE BUERGER*

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. LUIS MENDEZ Y COLS.

DR. RUBÉN VASCONCELOS

AUNQUE HASTA ahora no conocemos con precisión la etiología de la Enfermedad de Buerger, se acepta en forma unánime que esta entidad clínica está constituida por lesiones inflamatorias, oclusivas y segmentarias de arterias y venas, en sujetos de edad media, fumadores y del sexo masculino.

Este tipo de vasculopatías existe muy probablemente desde la antigüedad, como lo señala Samuels, pero fué delimitado y magistralmente denominado "Tromboangeítis Obliterante" por Leo Buerger, médico austriaco-americano, en un trabajo publicado en octubre de 1908. Fue sin duda trabajo de juventud, pues su autor, que con él estableció nuevos conceptos en esa enfermedad, se dedicó en adelante a la cirugía y más tarde a la urología. Cuando tuvimos oportunidad de tratarlo, en 1939, en Los Angeles, se refería a su importante trabajo de Patología, con gran modestia, como a algo incidental en el curso de su carrera.

Pues bien, si de acuerdo con lo establecido, consideramos como "Enfermedad de Buerger" solamente aquellos casos que coincidan con lo que este autor denominó "Tromboangeítis Obliterante", lo habitual será, como afirman Luis Méndez y sus colaboradores, que no se plantee la necesidad de hacer diagnóstico diferencial entre este cuadro y el de la arterioesclerosis.

La confusión podrá presentarse en algunos de los casos que ocurran en edades límites entre ambas entidades, ya que uno de los rasgos diferen-

* Leído en la sesión del 12 de marzo de 1958.

ciales más característicos es que mientras la tromboangéítis se presenta alrededor de la tercera década de la vida, lo que justifica la sinonimia antes usada de "gangrena juvenil", o "pre-senil", la arterioesclerosis se considera siempre como manifestación de envejecimiento. La casuística que nos presentan los autores corrobora ampliamente este hecho.

También coincide el trabajo que nos ocupa con lo establecido por Buerger, en que no se registró ningún caso del sexo femenino; otros autores, y nuestra experiencia personal es similar, han tenido oportunidad de observar, en muy escasa proporción, mujeres con cuadros indudables de Tromboangéítis Obliterante.

La elevada incidencia que señalan los autores para la positividad de las reacciones sero-luéticas, y que es similar en los dos grupos estudiados, debió merecer quizá consideración más detenida, pues aparte de estudiar su significado relativamente a la incidencia de la Sífilis en nuestro medio, es de recordarse que tanto en la Tromboangéítis como en la arterioesclerosis, se ha descartado a esta infección como factor activo. Podría considerarse la posibilidad de que en la casuística hubieran quedado incluidos algunos casos de arteritis luética, ya que las localizaciones vasculares de la Sífilis, con excepción de las aórticas y las de los gruesos vasos en los que se producen aneurismas, no son bien conocidas y se consideran raras.

Se ocurriría preguntar también si ese factor luético podría tener relación con las lesiones observadas en la mesoarteria, lo que no es común en la Enfermedad de Buerger en la que lo característico es que el ataque predomine en la íntima, en la adventicia y en el tejido adyacente, conservándose por lo general la media con lesiones muy discretas.

También podría señalarse el elevado por ciento de localizaciones en los miembros superiores, como posiblemente determinado por las lues, ya que en la tromboangéítis la incidencia de esas localizaciones es por lo general mucho menor.

Aun cuando el concepto de raza es cada vez más vago, se corrobora la experiencia ya registrada de que la tromboangéítis no es privativa de ningún grupo racial, aunque a menudo, como ahora, se observa un discreto incremento en el grupo israelita.

Hubiera sido muy ilustrativo para la interpretación de los hallazgos arteriográficos, consignar el tiempo de evolución de cada caso examinado, pues en efecto, a medida que aumenta el lapso de enfermedad, hay más probabilidades de que se establezca una red arterial suplementaria; sin embargo, es bueno recordar que a menudo se ha observado que las lesiones tromboangéíticas atacan de preferencia vasos medianos y finos, y en arte-

riografías tomadas en piezas operatorias, Dible ha encontrado imágenes "pobres", para usar la acertada designación de los autores, determinadas no por la rapidez de la evolución, sino por la extensa distribución de las lesiones en vasos distales, comprobada con el examen histológico.

En resumen, el trabajo que hemos comentado, basado en abundante casuística demuestra que mientras la Enfermedad de Buerger es una afección habitualmente localizada a las extremidades, la Arterioesclerosis es un padecimiento generalizado que acompaña al proceso de envejecimiento, y que por lo general es posible hacer directamente el diagnóstico de una u otra enfermedad.

Si los datos consignados en el trabajo, son susceptibles de interpretaciones variadas, ello es debido a que existen todavía lagunas en el conocimiento de las enfermedades que se han discutido; esas incógnitas seguramente desaparecerán merced a investigaciones disciplinadas y objetivas, de la que es buen ejemplo la que hoy nos ha ocupado.