

# Úlceras vasculares

**Carmen Ramos Vicente**

DUE. Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar

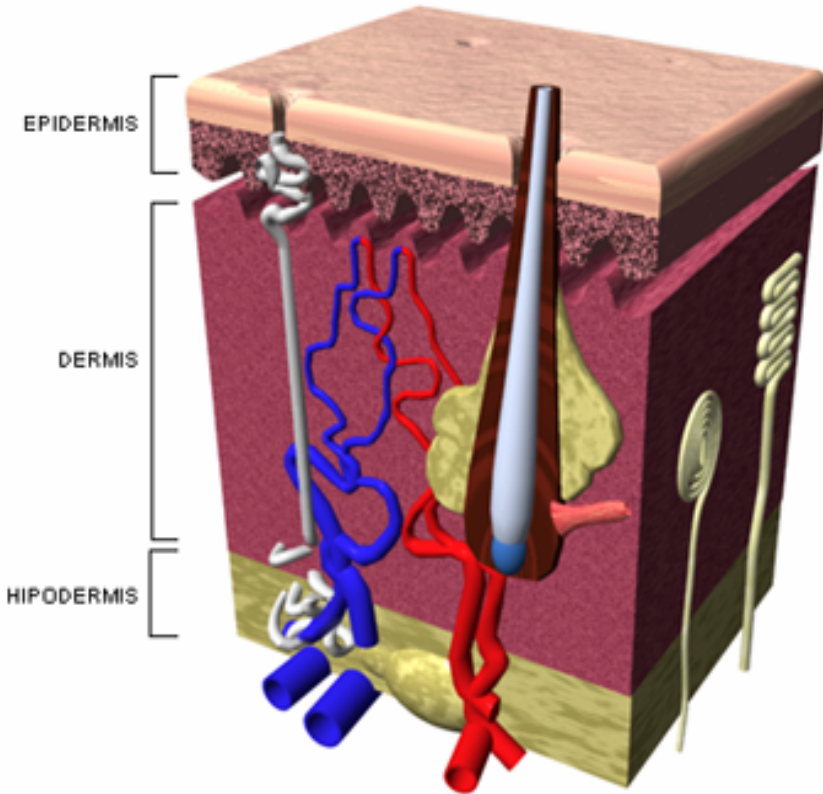


SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Hospital Universitario  
Central de Asturias



## ESTRUCTURA DE LA PIEL

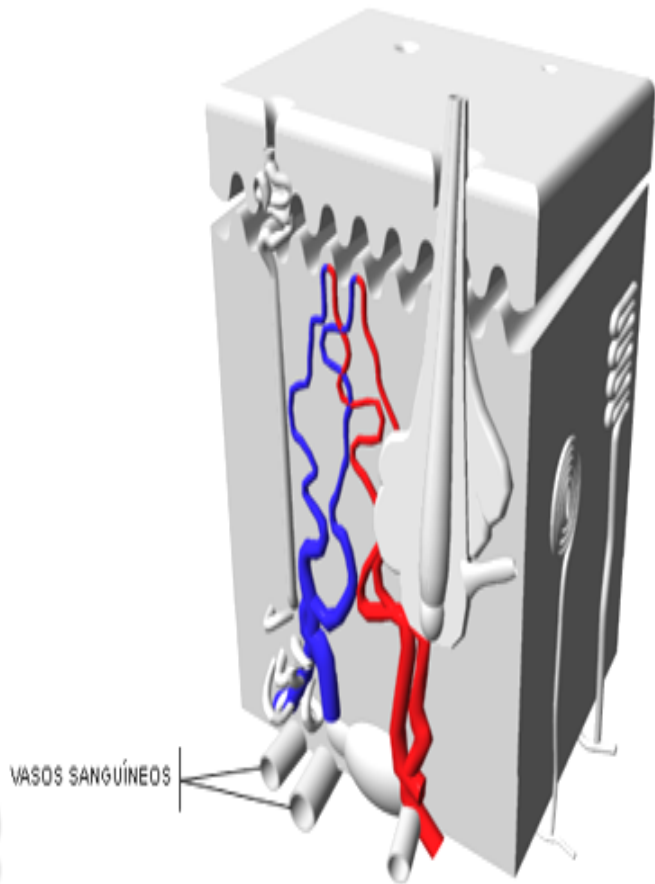


- 5% peso del cuerpo
- cubierta celular ininterrumpida
- no es un tejido inerte
- recibe estímulos del ambiente

- participa en la termorregulación y en el equilibrio hidroelectrolítico

- cierta función inmunológica y transformación de sustancias como vit. D

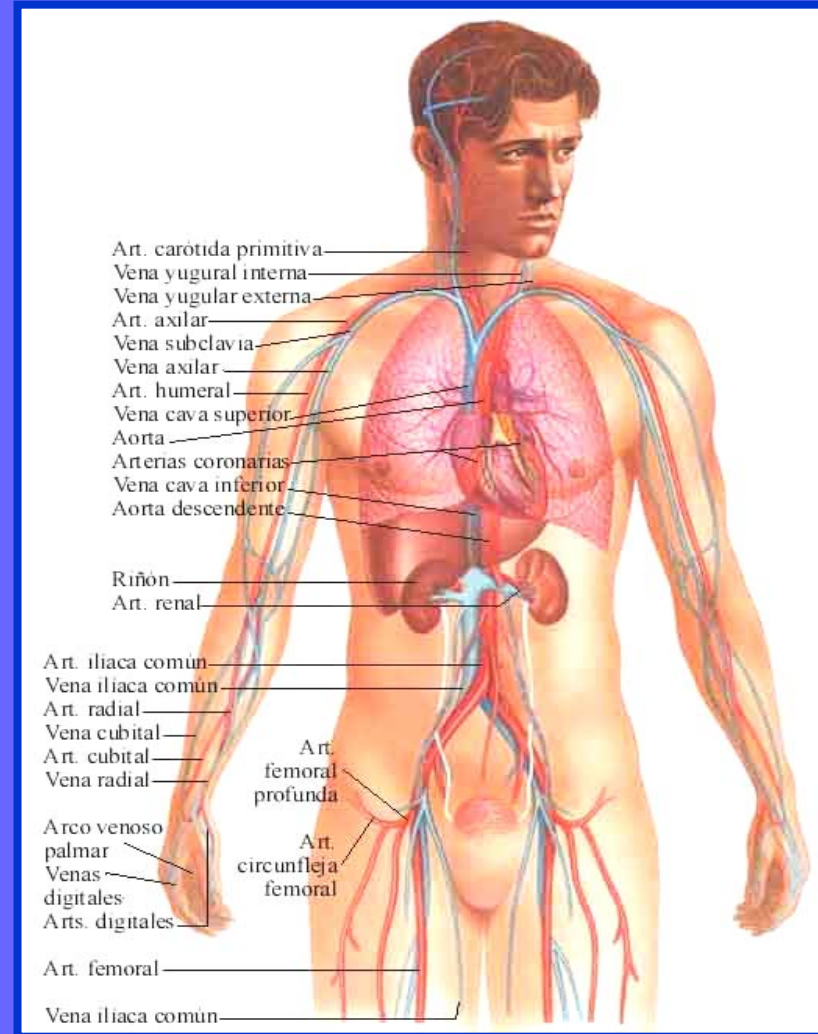
ESTRUCTURA DE LA PIEL. RED VASCULAR CUTÁNEA



- Las arterias que irrigan la piel se encuentran en la **hipodermis**
- Red profunda + superficial
- Cada papila tiene un asa única con un vaso arterial ascendente y una vena descendente
- **anastomosis arterio-venosas directas**

# Definición

✓ Entendemos por **úlceras vasculares** todas aquellas que se producen por un trastorno del sistema arterial, venoso o linfático



# Epidemiología

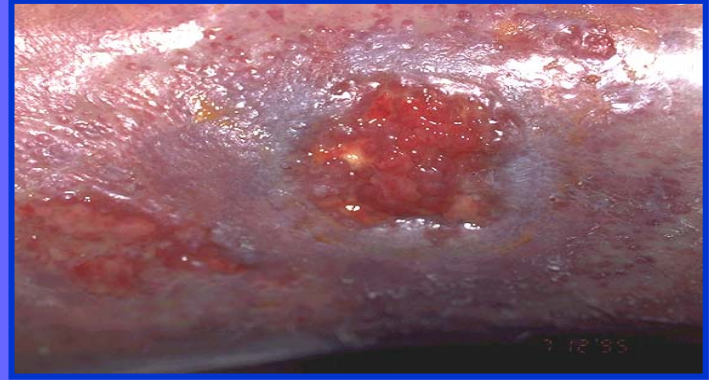


- ✓ Alta incidencia y prevalencia
  - Afectan al 2-3% de la población
- ✓ Elevada cronicidad y recidiva
- ✓ Disminución de la calidad de vida
- ✓ Consumo elevado de recursos económicos y sanitarios



**Problema complejo resolver !!!**

# Definición



- ✓ Es un proceso patológico en la piel, que se acompaña de **pérdida de sustancia** de extensión y profundidad variable.
- ✓ Dentro de la clasificación de las dermatosis estaría incluida entre las lesiones elementales secundarias con solución de continuidad

## Lesiones elementales con pérdida de sustancia

- ✓ **Erosión**: pérdida de sustancia que afecta a parte o toda la epidermis. No deja cicatriz a no ser que se infecte. Son típicas después de vesículas.
- ✓ **Excoriación**: pérdida de sustancia que afecta a la epidermis, incluso parte de la dermis papilar. Suele ser lineal, secundaria a rascado. Típicas en cuadros con **prurito**.

## Lesiones elementales con pérdida de sustancia

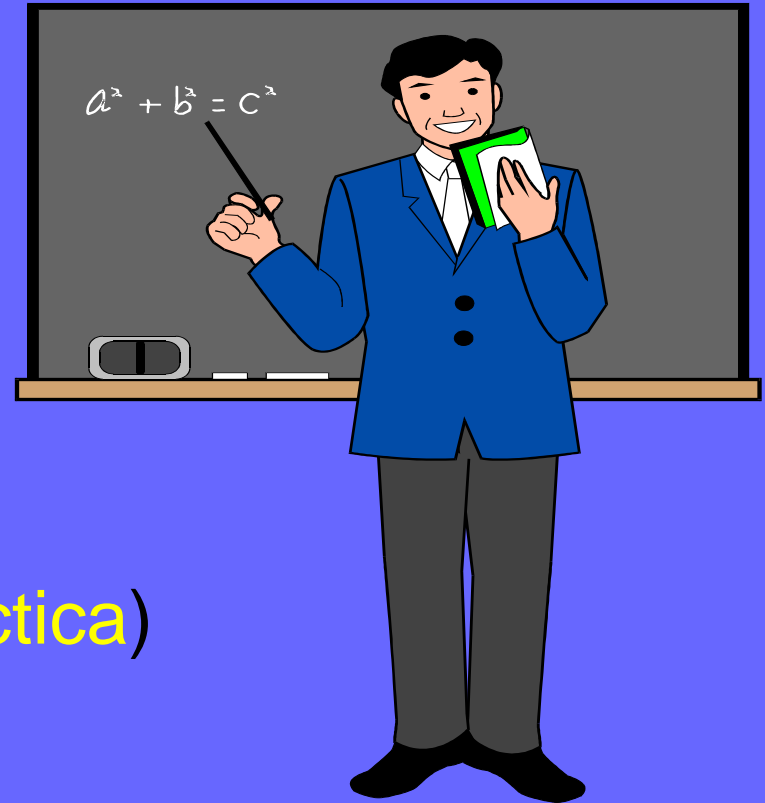
✓ Fisura: pérdida de sustancia lineal, profunda pero estrecha, localizada en pliegues y comisuras. Se llama también **grieta**

✓ Úlcera: pérdida de sustancia que afecta a todo el espesor de la piel e incluso planos profundos. Deja **cicatriz**.



# Clasificación

- ✓ Etiología ( **más usada** )
- ✓ Color del fondo ( **más práctica** )
- ✓ Profundidad



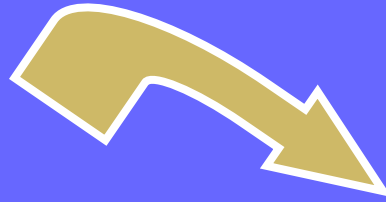
# 1. Según etiología



✓ <b>Insuficiencia venosa crónica</b>	<b>72%</b>
- sistema venoso profundo	34%
- sistema venoso superficial	38%
✓ <b>Insuficiencia arterial</b>	<b>12%</b>
- aterosclerosis obliterante	
- tromboangiítis obliterante	
- arteriolitis ( Úlcera de Martorell)	
✓ <b>Mixtas</b>	<b>20%</b>
✓ <b>No origen vascular</b>	<b>10%</b>

# No origen vascular

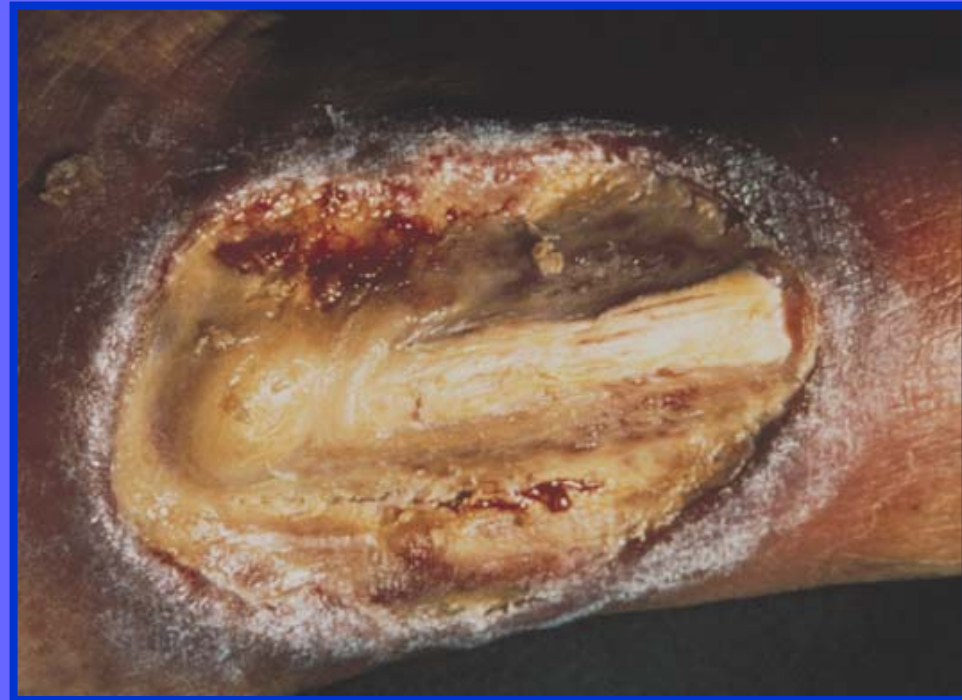
- ✓ Neuropáticas (lepra, sífilis, siringomielia, diabetes, etc.)
- ✓ Traumáticas (agentes físicos, químicos, etc.)
- ✓ Tumoraes (Ca. epidermoide-basocelular, melanoma)
- ✓ Infecciosas (tbc, micosis, úlcera tropical, etc.)
- ✓ Metabólicas (crioglobulinas, diabetes, anemia falciforme)
- ✓ Enfermedades pequeño vaso (conectivopatías, vasculitis)



En nuestro medio el **75-90%** de las úlceras MMII tienen una **etiología vascular**

## 2. Según la profundidad

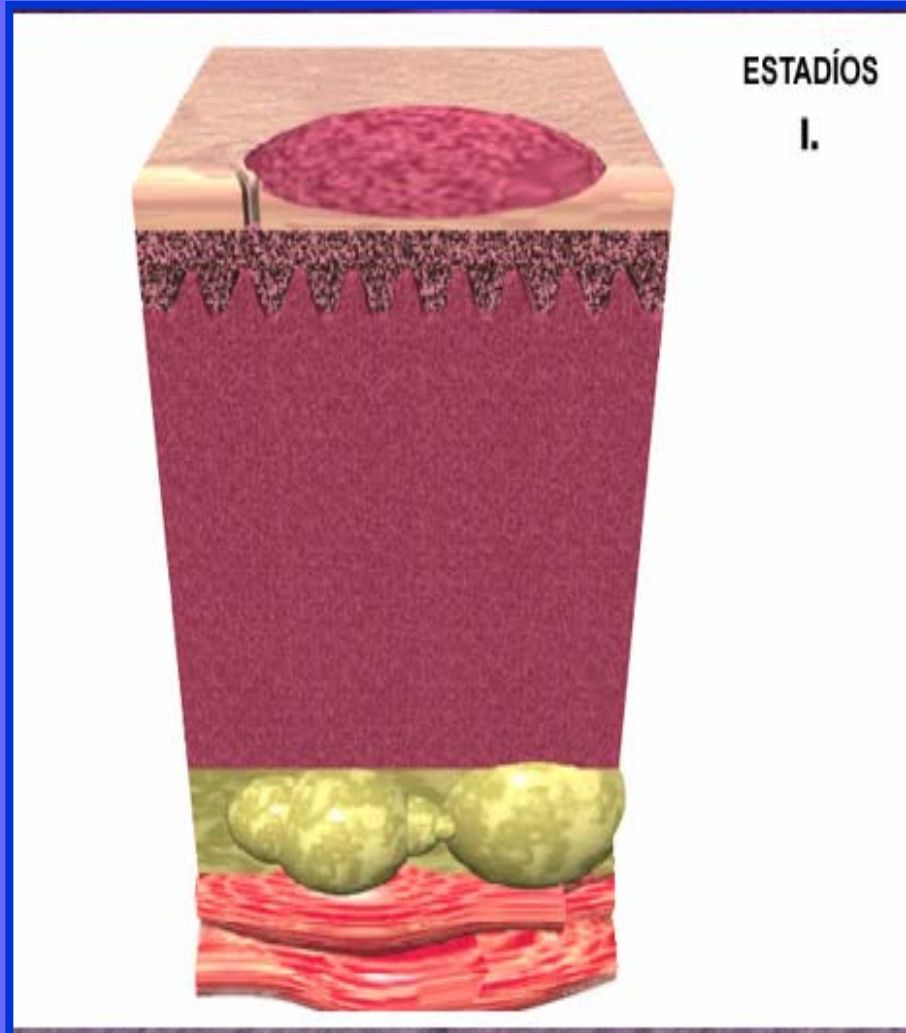
- Utilizada en las úlceras por presión
- Muy práctica
- Grados I,II,III,IV



# Grado I

- Piel íntegra con eritema que no blanquea, debida a una respuesta inflamatoria aguda **limitada a epidermis.**
- Afecta a epidermis, pero en realidad no hay pérdida de sustancia ya que la capa de células basales no se pierde o, al menos, no completamente.

# Grado I

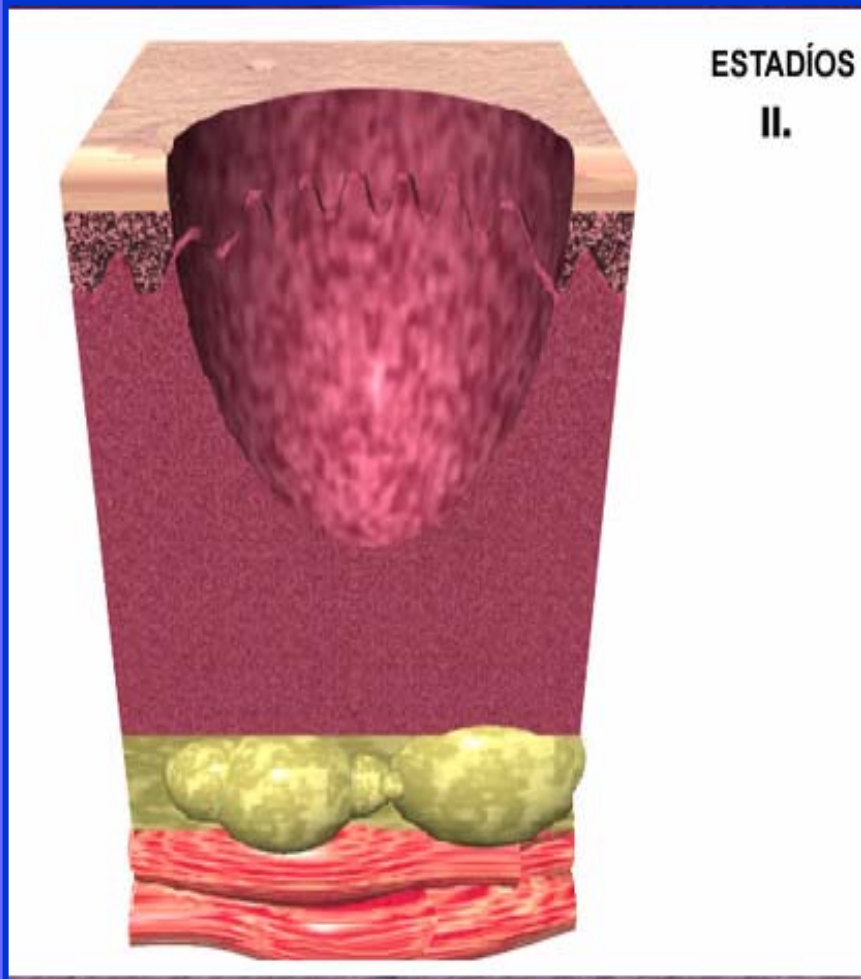


## Grado II

- La respuesta inflamatoria se extiende **a través de la dermis** hasta la unión con la grasa subcutánea.
- Existe pérdida parcial del tejido cutáneo que puede afectar a epidermis, dermis o ambas. Puede haber vesículas y flictenas.



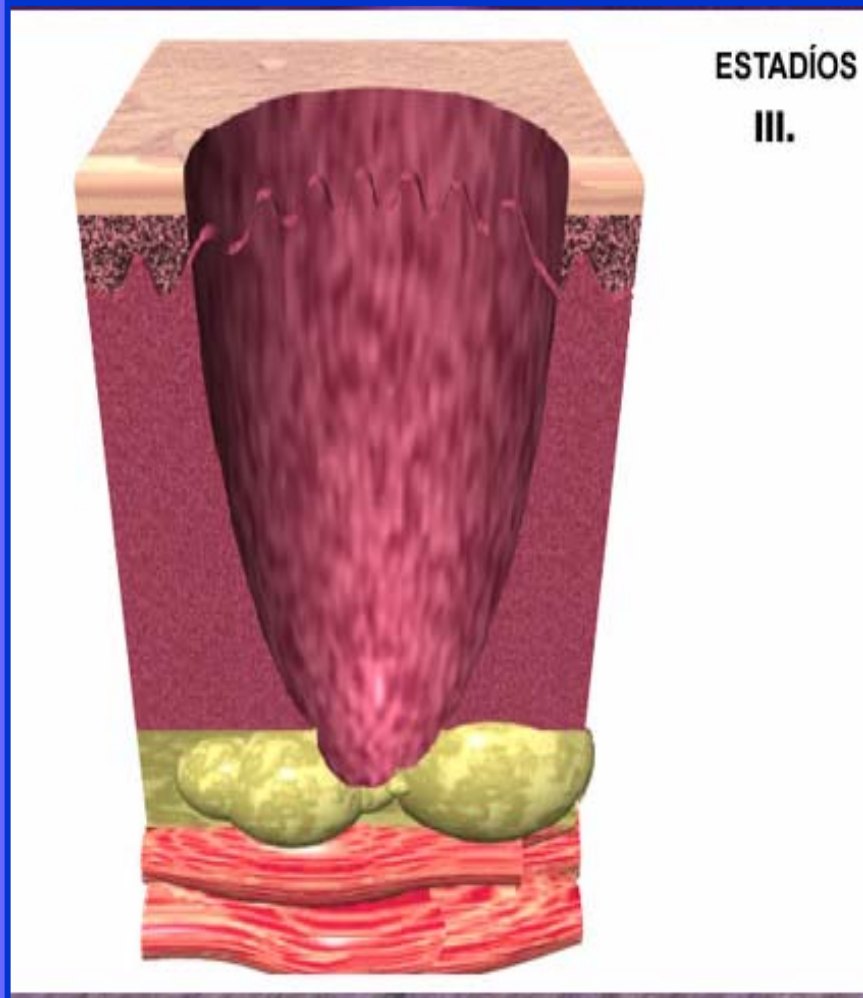
# Grado II



## Grado III

- Pérdida de tejido cutáneo con afectación o necrosis del tejido celular subcutáneo que puede extenderse hasta la fascia muscular pero sin atravesarla.
- Se presenta en forma de cráter profundo siempre que no está cubierta por tejido necrótico.

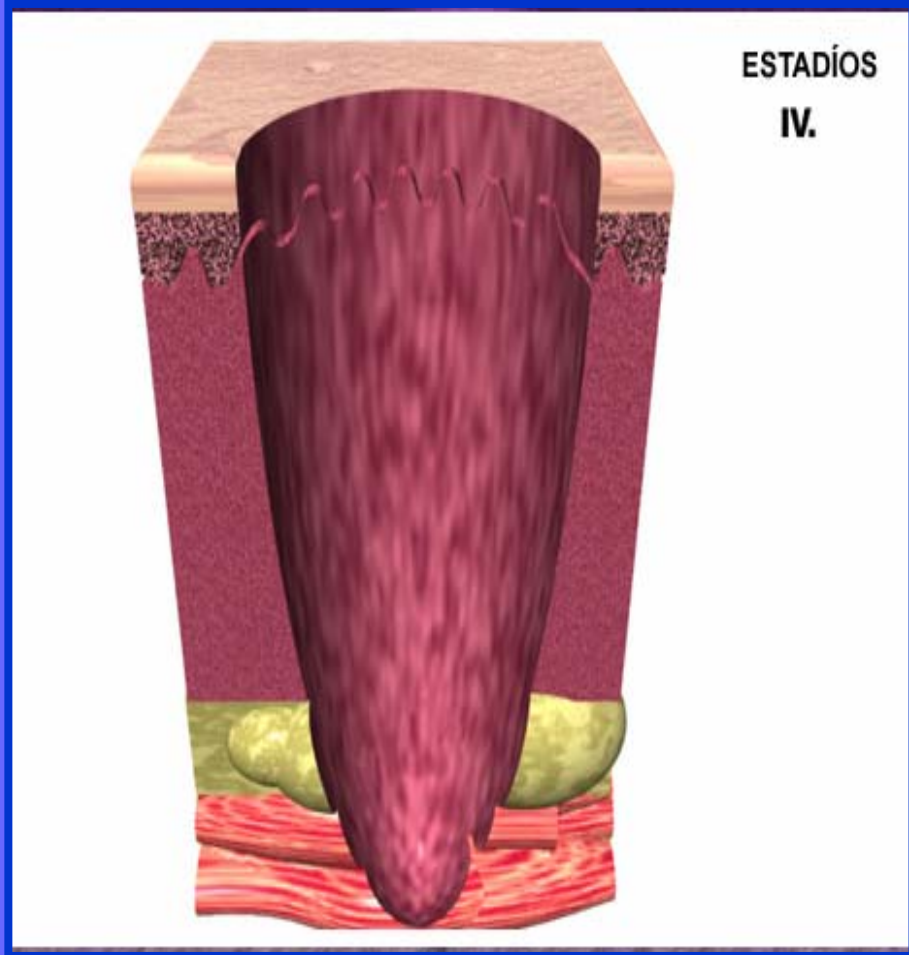
# Grado III



## Grado IV

- Pérdida total del espesor cutáneo con destrucción extensa, necrosis tisular o lesión del músculo, hueso o estructuras de soporte, como tendones o cápsula articular.

# Grado IV



### 3. Según el color

- ✓ Úlceras **negras**
- ✓ Úlceras **amarillas**
- ✓ Úlceras **rojas**



# Úlceras negras

- la superficie está cubierta por capa negra de necrosis



- ✓ **Gangrena húmeda** ( con infección)
- ✓ **gangrena seca** ( sin infección)

- el objetivo del tto. es eliminar el tejido necrótico  
(necrotomía, colagenasa, etc.)

con inflamación



sin inflamación



disuelta en herida amarilla





# Úlceras amarillas



- la úlcera está cubierta por película amarilla
- existen muchos residuos y secreción
- está frecuentemente infectada
- el objetivo del tto. es la eliminación de los residuos, del exceso de secreción y el pus ( toma de cultivos, antib. sistémica, etc.)

superficial con exudado intenso



superficial con poco exudado



profundas



# Úlceras rojas

- úlceras con **fondo rojo**
- limpias, sin residuos
- base formada por tejido de granulación
- tto. tiene que ir encaminado a cuidar el tejido de granulación (mantener la humedad)



## Profundas



## Superficiales



Clínica

# Dolor

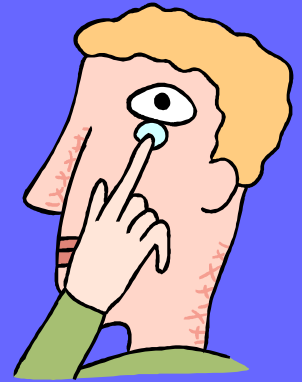


etiología  
arteriales  
hipertensivas

infección

localización

# Otros síntomas y signos



- claudicación intermitente
- frialdad, palidez, ausencia vello
  
- edema
- varices, dermatitis ocre



# Diagnóstico



# Aproximación diagnóstica

- Historia clínica
- Exploración vascular
- Analítica básica
- Características de la úlcera
- Toma de cultivo
- Pruebas diagnósticas dirigidas: biopsia





# Características de la úlcera

- forma
- localización
- tamaño y crecimiento
- bordes
- fondo y profundidad
- estado de la piel circundante:

eccema, infección, distribución del vello, presencia de varices, edema, nódulos, adenopatías, etc.



# Ulceras Vasculares

## Situación del problema

Prevalencia entre el 1 y el 1,3% de la población general

- Ulceras venosas 90%
- Ulceras isquémicas 5%
- Ulceras mixtas 4%
- Otras causas 1%

# Úlceras isquémicas

Lesiones que aparecen como consecuencia de un déficit de riego sanguíneo y procesos isquémicos crónicos



# Úlceras isquémicas. FISIOPATOLOGÍA

- ▣ Reducción crítica de PPTO<sub>2</sub> en tejidos distales a la oclusión arterial
- ▣ Formación de radicales libres y fenómenos de isquemia-reperfusión
- ▣ Infarto tisular



Patología	Etiología
Obstrucción arterial aguda	Embolia, trombosis
Obstrucción arterial crónica	Arteriosclerosis
Enfermedad arterial inflamatoria	Tromboangeitis obliterante

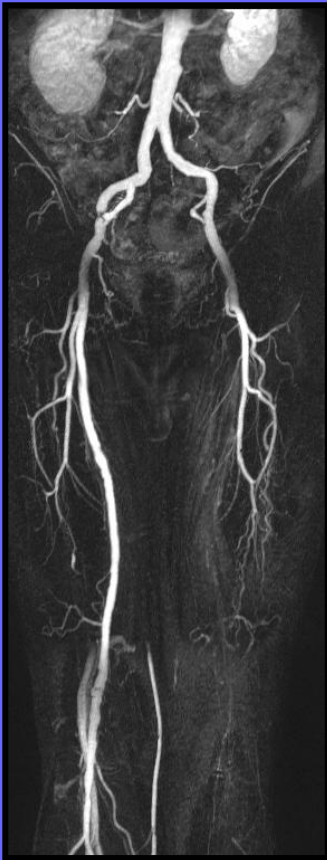
# Úlceras isquémicas. EPIDEMIOLOGÍA

- ▣ Prevalencia: 0,8%-9,2%
  - 7,2% de lesiones de MMII, 5% de úlceras vasculares
- ▣ Incidencia: 20-40 casos nuevos/100.000 personas año
- ▣ **Etiología ppal arteriosclerosis.**
  - 5% de claudicantes → “Isquemia crítica”
  - Incidencia 15 veces superior en fumadores



Factores Intrínsecos	Factores Extrínsecos
Trombo	Compresión
Embolo	Traumatismo
Estenosis	Escaso o nulo ejercicio
Fístula arterio-venosa	Consumo de alcohol
Diabetes mellitus	<b>Tabaco</b>
Dislipemias	
HTA	

# Úlceras isquémicas. ISQUEMIA CRITICA



- ▣ Clasificación de Leriche-Fontaine (I-IV)
  - Grado IV: lesiones isquémicas: tróficas, gangrenosas..
  
- ▣ Estadio terminal= Isquemia crítica
  - Persistencia de dolor en reposo que precisa analgesia en periodo superior a dos semanas y/o úlcera o lesión necrótica en pierna y/o pie con P sistólica en tobillo <50 mmHg (con calcio P digital <30mmHg)
  - 98% arteriosclerosis, 2% tromboangeitis

# Úlceras isquémicas.

## Historia clínica



- ▣ **Antecedentes** de claudicación (CI)
- ▣ **Exploración** de pulsos (TA y/o TP + valor predictivo negativo del 98%)
- ▣ **Características:**
  - Dolor intenso.
  - Localización ulcerosa : Dedos del pie, cara lateral y talón.
  - Morfología : Irregulares, profundas, fondo necrótico y/o fibrina, ausencia de tejido de granulación, piel circundante pálida y sin vello.
- ▣ **Valoración** nutricional
- ▣ Valoración aspectos psicosociales
- ▣ Valoración entorno cuidados



# Úlceras isquémicas.

## Exploración Hemodinámica

### Indice Tobillo/Brazo (Yao)

- ▣ Índice T/B predictivo positivo >95% (factor error=calcificación)
- ▣ T/B >0,75 descartar otra etiología
- ▣ En la ICE T/B <0,3 (Part. Media <50 mm en tobillo)



#### Técnica:

- Camilla
- Esfingomanómetro
- Sonda doppler
- Gel conductor



# Úlceras isquémicas: Valoración

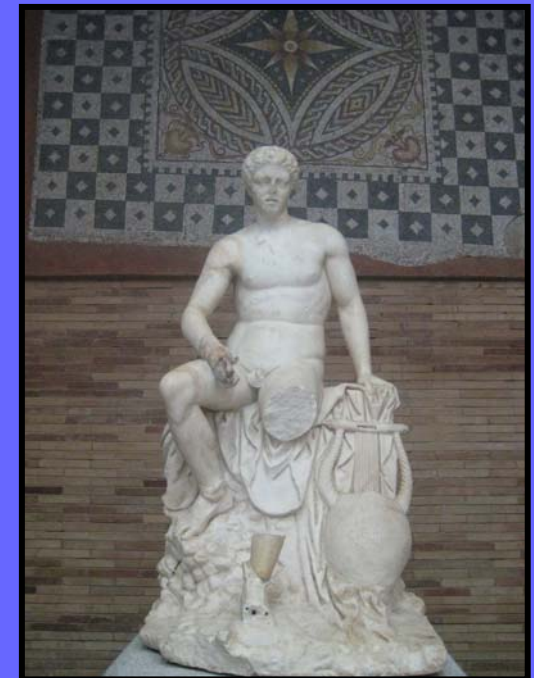
Aspectos a valorar	Perfil típico de la úlcera arterial
Localización	Se presentan, generalmente en zonas distales: zona plantar, borde externo del pie, espacios interdigitales, talón y dedos. También pueden localizarse en zonas cercanas a la articulación de la rodilla, sobre todo en la cara lateral externa
Tamaño	Habitualmente, pequeñas
Forma	Redondeada
Profundidad	Con frecuencia es superficial y en ocasiones profundas
Bordes	Lisos, regulares y con frecuencia hiperémicos
Piel perilesional	Pálida, sin vello, brillante, delgada
Dolor	Presente, intenso y continuo, siendo un síntoma clínico de primera magnitud para el diagnóstico diferencial con úlceras de otras etiologías
Fondo	Pálido, esfacelado necrótico y fibroso
Exudado	Seco / No exudativa
Etiología	Isquemia
Infección	Si
Edema	No
ITB	Disminuido

# Úlceras isquémicas. Algoritmo diagnóstico



# Úlceras isquémicas. TRATAMIENTO

- ▣ Tratamiento definitivo en ICE y por tanto en la úlcera isquémica es la revascularización
  - Infrainguinal: permeable a 5 años 60-75%.  
Salvamento extremidad. 80-85%
- ▣ Si fracasa o no es posible=Ciclo de Prostaglandinas (PGE1)
- ▣ Amputación



# Úlceras isquémicas: Recomendaciones

- ❑ No efectuar masajes sobre prominencias óseas, pueden ocasionar daños adicionales y no previenen aparición de lesiones (evidencia moderada).
- ❑ Extremar cuidados de pies y utilizar calzado adecuado.
- ❑ El índice T/B se debe medir en pacientes con dolor en la pierna durante el ejercicio (evidencia alta).
- ❑ El ejercicio físico habitual produce un efecto físico beneficioso.
- ❑ Recomendar dejar de fumar, evitando los efectos nocivos sobre la enfermedad vascular periférica (evidencia alta).



# Úlceras isquémicas. TRATAMIENTO



## TOPICO

- ▣ Higiene diaria con jabones poco irritantes (ph 5,5 o similar) (evidencia moderada).
- ▣ Inspeccionar los pies, lavado diario 5 minutos a 37°, secar cuidadosamente, hidratación, cuidado y limado de uñas (evidencia muy baja).

## ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

- ▣ Dieta adecuada, prevenir malnutrición, controlar elevación de lípidos (evidencia moderada).
- ▣ Pacientes sintomáticos con arteriopatía periférica deberían reducir LDL<100mg/dl (evidencia alta)



# Úlceras isquémicas. Cuidados de las heridas



- ▣ Se recomienda humedecer para retirar el apósito.
- ▣ Limpiar **la úlcera** con suero salino/agua destilada (evidencia alta).
- ▣ Aplicar presión de lavado para arrastre de detritus (evidencia moderada).
- ▣ Los antisépticos son citotóxicos para el tejido de granulación (evidencia moderada).
- ▣ En necrosis secas evitar el **desbridamiento**, mantener ambiente seco con antiséptico (evidencia muy baja).
- ▣ El desbridamiento de tejido no viable debe realizarse tras la revascularización (evidencia muy baja).
- ▣ Uso de antibióticos sistémicos en **infección** diseminada (celulitis, sepsis, osteomielitis, linfangitis) (evidencia alta).
- ▣ Antibioterapia sistémica necesaria en pacientes con isquemia crítica con celulitis o infección activa (evidencia alta).

# Úlceras isquémicas. Cuidados de las heridas

- La cura húmeda demostró mayor efectividad clínica y rentabilidad que la cura tradicional (**evidencia alta**).
- No hay diferencias de efectividad clínica entre los productos de tratamiento en ambiente húmedo (**evidencia alta**)



## **Elección de apósito según:**

tipo de tejido

exudado

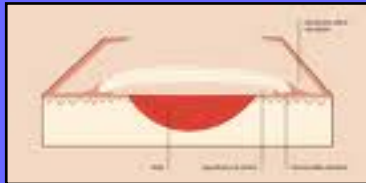
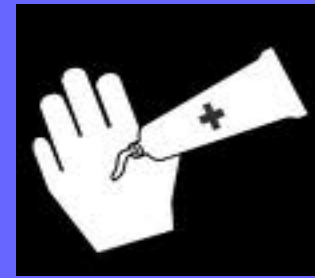
localización

piel perilesional

facilidad de aplicación y retirada.



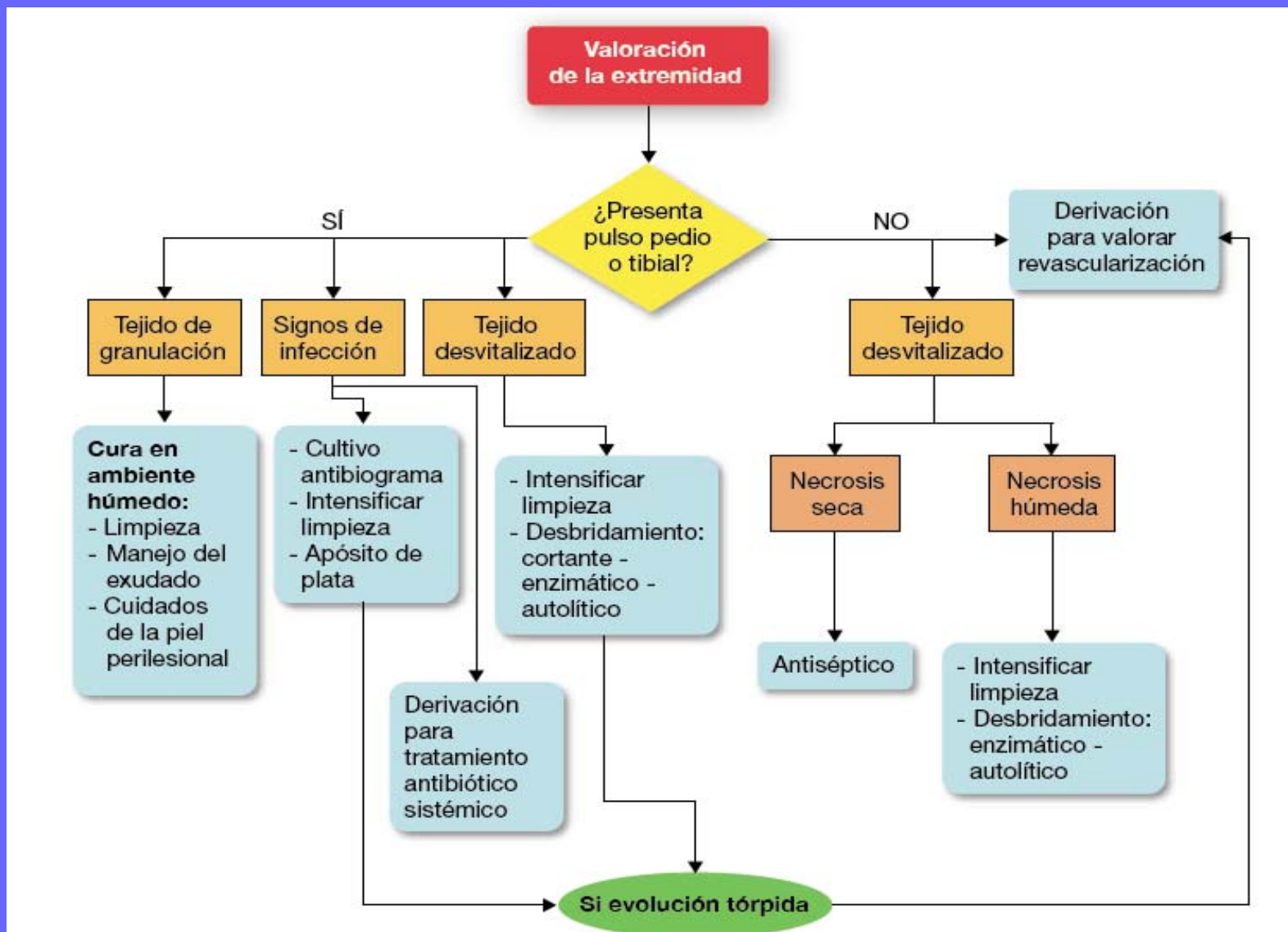
# Úlceras isquémicas: Tto. local



PRODUCTO	INDICACIONES
Ácidos grasos hiperoxigenados (leche)	Prevención úlceras arteriales.
Cremas hidratantes / emolientes	Hidratación de la piel.
Soluciones limpiadoras	Limpieza de las lesiones, como suero fisiológico o agua susceptible de ser bebida.
Antisépticos	Eliminación de microorganismos patógenos o inactivación de los virus, sobre tejidos vivos. No tienen actividad selectiva ya que eliminan todo tipo de gérmenes. Pueden ser citotóxicas, por lo que su uso sistemático en la limpieza y tratamiento de heridas crónicas, no se recomienda, debiendo valorar siempre el riesgo - beneficio.
Películas de poliuretano transparente	Protección de la piel perilesional.
Apósito de espuma de poliuretano (hidrocelulares o hidropoliméricos)	Lesiones superficiales o profundas (asociado a otros productos que rellenen la cavidad), especialmente si existe exudado moderado - abundante y para las lesiones sobre prominencias óseas o sometidas a presión.
Colagenasa	Desbridamiento enzimático.
Apósito de hidrofibra	Lesiones exudativas y profundas.
Apósito de alginato cálcico	Hemostasia de lesiones tras un desbridamiento cortante con sangrado.
Hidrogeles	Lesiones poco exudativas. Desbridamiento autolítico y ayuda del enzimático si se asocia a colagenasa.
Apósito de plata	Lesiones con signos de colonización crítica o infección (Primera opción). Existen diferentes presentaciones: sola o combinada con otros productos (espumas, carbón o hidrofibras).



# Úlceras isquémicas: Tratamiento



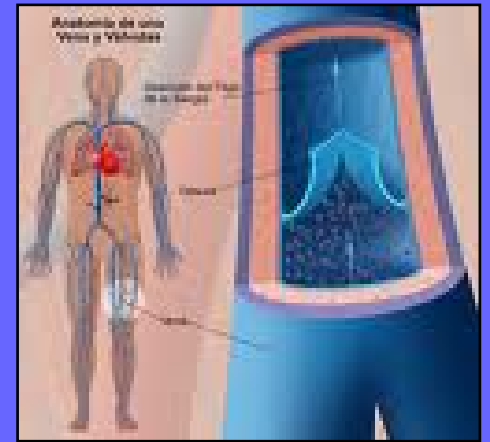
# Úlceras isquémicas. PREVENCIÓN

- ▣ **Primaria:** información población
  - Corrección de factores de riesgo de arteriosclerosis.
  - Promoción de hábitos saludables
- ▣ **Secundaria:** isquémicos crónicos
  - Control de factores de riesgo cardiovascular
  - Antiagregantes y estatinas

OBJETIVO: Controlar y evitar la aparición de nuevas úlceras y promover el autocuidado

La prevención es continua y desde cualquier nivel asistencial

# Úlceras venosas



# Anatomía del sistema venoso

- ▣ **Descriptiva:** pared de la vena  
el aparato valvular  
el territorio capilar
- ▣ **Topográfica:** sistema venoso profundo  
sistema venoso superficial  
sistema de perforantes y comunicantes

# El aparato valvular

- ▣ Aumentan en número distalmente
- ▣ La distancia intervalvular es menor en el Sistema Venoso Profundo
- ▣ La disposición en el sistema de perforantes garantiza el flujo unidireccional del Sistema Venoso Superficial al SVP
- ▣ Son bicuspídeas
- ▣ Son excepcionales en vena iliaca común y vena cava.

# Sistema venoso profundo y superficial

## SISTEMA VENOSO PROFUNDO

- ▣ Subaponeurótico
- ▣ En términos generales acompañan a la arteria formando el paquete vasculo-nervioso

## SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL

- ▣ Supraponeurótico
- ▣ Dos grandes redes: vena safena interna y externa

# Sistema venoso profundo y superficial

## PROFUNDO

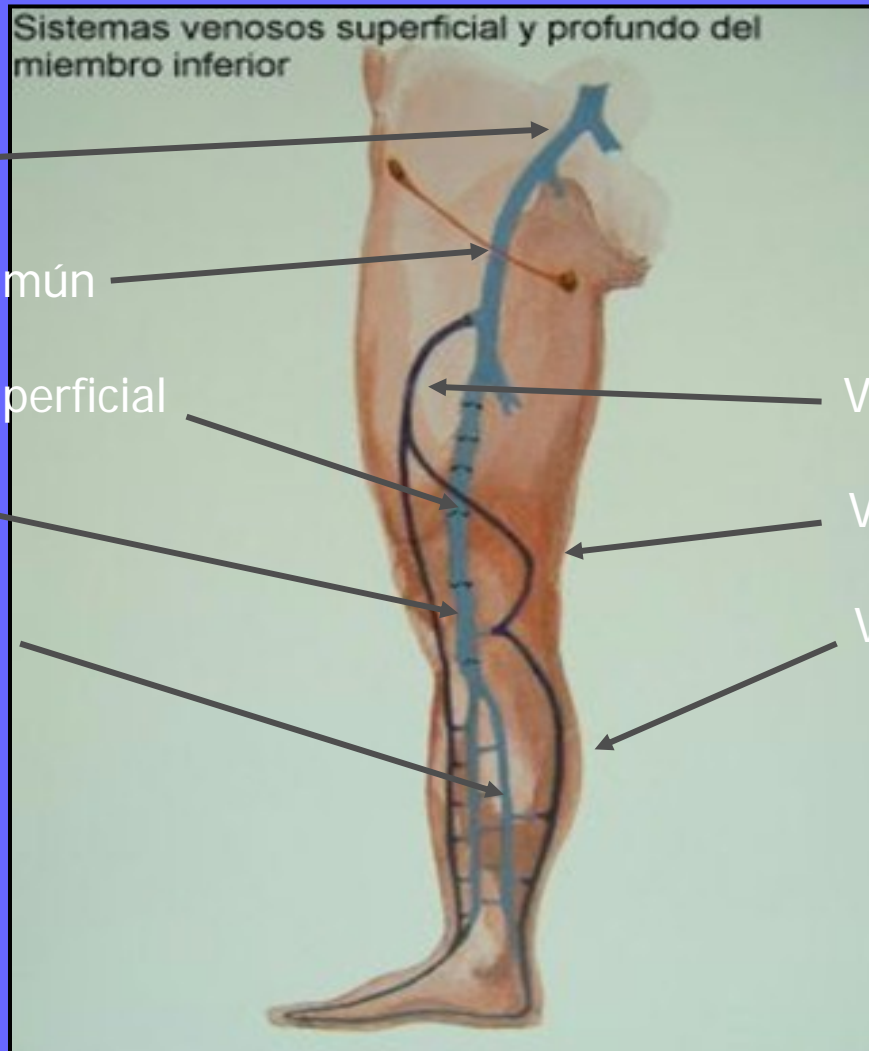
Vena iliaca

Vena femoral común

Vena femoral superficial

Vena poplítea

Troncos distales



## SUPERFICIAL

Vena safena interna

Vena de Giacomini

Vena safena externa

# Fisiología

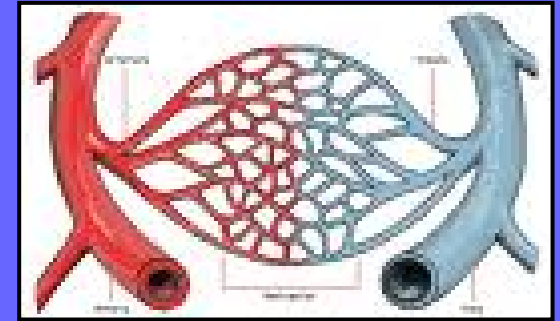
## ▣ Fuerzas:

la presión intracapilar

la presión del fluido intersticial

la presión coloidosmótica del plasma

la presión coloidosmótica del líquido intersticial



En términos generales en el extremo arterial el balance de fuerzas es positivo, tendiendo el fluido hacia fuera de los capilares, mientras en el extremo venoso el balance de fuerzas es a favor de la absorción (hacia la luz del capilar)



# Patogénesis de la úlcera venosa

## Incremento en la presión venosa:

### 1. Daño en la microcirculación:

1. En la pared capilar, con ↑ de la permeabilidad
2. Aumento de los shunt con hipoxia secundaria
3. Adhesión y secuestro de leucocitos
4. Cuffs de fibrina pericapilares

### 2. Desórdenes metabólicos:

1. Desórdenes locales de la coagulación y fibrinólisis
2. Hipoxia
3. Hiperemia
4. Otros: trombocitosis, cambios neurológicos adversos...

# Epidemiología

- ▣ Representan el **80%** de las **úlceras vasculares**
- ▣ Estudio Detect-IVC del año 2000:
  - El **2.5%** de los **pacientes de AP** acuden por úlceras venosas
  - Relación varón - hembra: 1 a 3
- ▣ **Incidencia:** aumenta con la edad.
  - A los 50 años se sitúa en el 0.3 por 1000 hab
  - A partir de los 65 años: 0.5 por 1000 hab
- ▣ **Prevalencia:** se estima que el **1%** de la **población** desarrollará uno o más episodio de ulceración en pierna durante su vida.

# Epidemiología

- Evolución de una úlcera activa:
  - 50% curará en los primeros cuatro meses
  - 20% continuará abierta tras dos años.
  
- Recurrencias:
  - 1/3 desarrollarán un episodio
  - 1/3 desarrollarán entre 2 y 3 episodios
  - 1/3 desarrollarán más de 4 episodios recurrentes



# Clínica

- ▣ Pulsos presentes
- ▣ Presentación en la región supramaleolar interna
- ▣ Malolientes por contaminación bacteriana
- ▣ Forma variable, pueden ocupar toda la circunferencia
- ▣ Fondo de la úlcera: dependiendo de su estado evolutivo
  - Necrosis y/o fibrina
  - Exudado purulento
  - Tejido de granulación



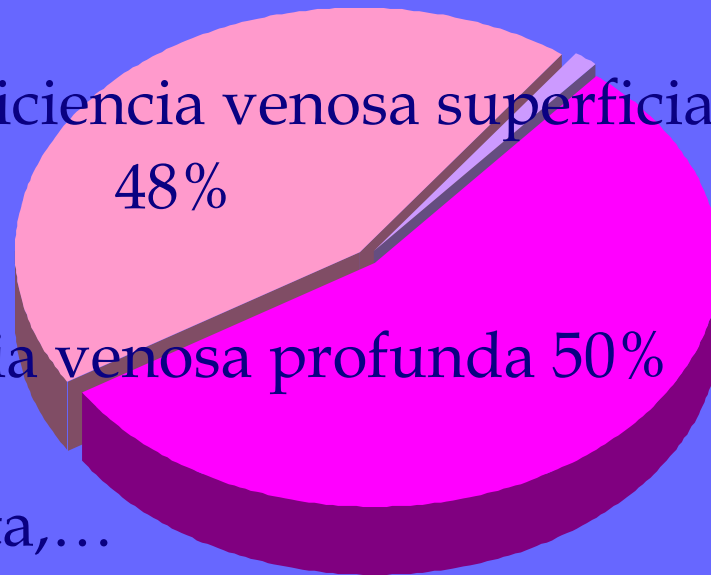
# Clínica

- ▣ Bordes de piel con signos de cronicidad
- ▣ Zona periúlcera irritada: dermatitis, linfangitis, ...
- ▣ Otros signos concomitantes:
  - edema,
  - corona flebectásica,
  - pigmentación,
  - lipodermatoesclerosis,
  - atrofia blanca, ...



# Diagnóstico

- Primaria: insuficiencia venosa superficial 48%
- Secundaria: insuficiencia venosa profunda 50%
- Otras: congénita,...



# Diagnóstico

## Diagnóstico diferencial:

atrofia blanca ulcerada

trastornos arteriales

fístulas arteriovenosas

hipertensión arterial: úlcera de Martorell

vasculitis

trastornos sanguíneos

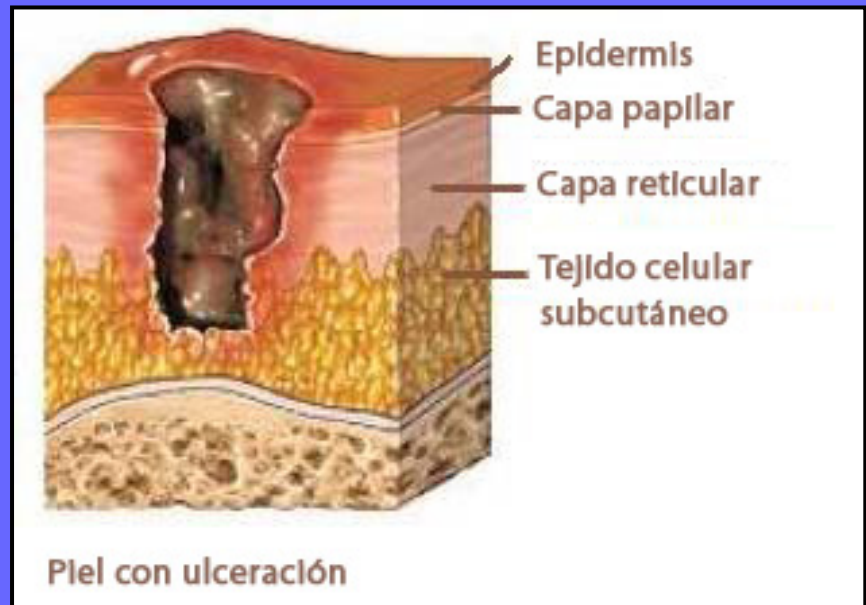
neuropatías

infecciones

traumatismos

trastornos dermatológicos

tumores



# TRATAMIENTO

## ▣ Objetivos teóricos:

- Reducir la hipertensión venosa
- Reducir las alteraciones de la microcirculación

## ▣ Objetivos prácticos:

- Cierre de la úlcera
- Prevención de la recurrencia
- Mejorar otros cambios tróficos





# TRATAMIENTO

- ▣ Reducción de la hipertensión venosa:
  - Compresión elástica
  - Encamamiento
  - Cirugía
  - Escleroterapia
- ▣ Tratamiento local:
  - Retirada de fibrina y tejidos necróticos
  - Prevención de la multiplicación bacteriana
  - Estimular la granulación
  - Promover la epitelización

# TRATAMIENTO

## Elección del tratamiento local

Fase de curación	Medidas generales	Tratamiento local
Infección	ATB sistémicos	No oclusivo
Exudación+/-infec	Desbridamiento	No oclusivo
Exudación	Limpieza	Oclusivos aceptab
Necrosis	Desbridamiento	Gasas húmedas
Cura atónica	Escarificación	Oclusión recomen
Granulación exud	Cura húmeda	Hidrocoloides
Hipergranulación	No oclusión	Corticoides tópicos
Epitelización	Retirada costras	Gasas grasas
Cicatrización: continuar compresión y protección, temporal		

# TRATAMIENTO

## Factores de resistencia al tratamiento

### ▣ Mayores:

- Pacientes incapacitados
- Úlceras de larga evolución
- Úlceras recurrentes y dolorosas
- Lipodermatoesclerosis asociada
- Síndrome post-trombótico
- Arteriopatía concomitante

### ▣ Menores:

- Úlceras infectadas
- Eccema periulceroso



# Úlcera hipertensiva o de Martorell

# Úlcera hipertensiva

## Definición

Complicación cutánea de la hipertensión diastólica, que empieza como una pequeña escara y se transforma posteriormente en una úlcera

# Úlcera hipertensiva

## Etiología

- Entidad rara
- Acompaña a la HTA de larga evolución
- Predominio en el sexo femenino
- En gente joven, signo de agresividad de la HTA
- 30% se asocia a patología arterial
- 50% con presencia de patología venosa

# Úlcera hipertensiva

## Clínica

Mancha encarnada o azul purpurica → ampolla de  
contenido serohemático → placa de gangrena  
negruzca → úlcera de bordes rojizos y fondo  
necrótico

# Úlcera hipertensiva

## Clínica

- Dolor de predominio nocturno
- Posibilidad de sobreinfección creciendo en extensión y profundidad
- Localización en cara externa de pierna a nivel de la unión entre el 1/3 medio y 1/3 distal





# Úlcera hipertensiva

## Clínica

- Localización
- HTA
- ¿Ausencia de hipertensión venosa?
- ¿No evidencia de lesión arterial?



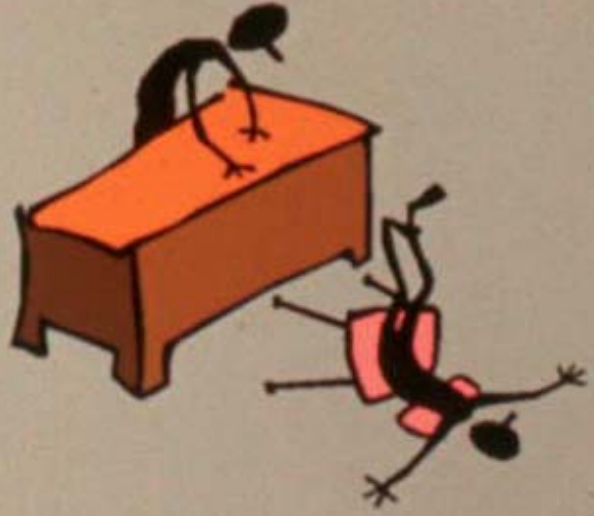
# Úlcera hipertensiva

## Tratamiento

- Control de la hipertensión arterial
- Curas tópicas para evitar la sobreinfección
- Prostaglandinas
- ¿ Simpatectomía lumbar ?
- Nunca injertos cutáneos en fase aguda
- Terapia VAC
- Cultivo de queratinocitos y fibroblastos



# Vasculitis



# Vasculitis

## Definición

Grupo diverso de enfermedades inflamatorias de la pared vascular, de etiología desconocida, caracterizadas por la inflamación, y a menudo necrosis fibrinoide y oclusión de los vasos sanguíneos, sobre todo de pequeño y mediano tamaño

# Vasculitis

## Clasificación

Grupo 1:

### **Vasculitis necrotizantes sistémicas**

- Poliarteritis nodosa clásica
- Angeitis y granulomatosis alérgica, variante Churg-Strauss
- Síndrome de superposición (Over-lap)

Grupo 2:

### **Vasculitis por hipersensibilidad**

- Enfermedad del suero
- Púrpura de Schölein –Henoch
- Vasculitis asociadas a enfermedades del tejido conectivo
- Vasculitis asociadas a crioglobulinemias

# Vasculitis

## Clasificación

**Grupo 3:** Granulomatosis de Wegener

**Grupo 4:** Granulomatosis linfomatoide de Liebow

**Grupo 5:** Arteritis de células gigantes

- *Arteritis de la temporal*

- *Takayasu*

**Grupo 6:** Síndrome muco-cutáneo-ganglionar (Kawasaki)

# Vasculitis

## Clasificación

**Grupo 7:** Enfermedad de Buerger

**Grupo 8:** Enfermedad de Behçet

**Grupo 9:** Vasculitis del sistema nervioso central

**Grupo 10:** Vasculitis asociadas con enfermedades malignas



# Vasculitis

## Clasificación

### Grupo 11: Varios

- Síndrome de Cogan
- Vasculitis hipocomplementémica
- Eritema nodoso
- Enfermedad de Eale
- Eritema elevado diutinum

### Grupo 12: Vasculitis por hipersensibilidad

- Vasculitis del transplantado
- Vasculitis Sarcoidea
- Vasculitis por radiación
- Vasculitis en la hipertensión
- Vasculitis por abuso de sustancias

# Enfermedad de Buerger

## Generalidades

Winiwter (1.878): “Endarteritis obliterante”

Leo Buerger (1.908): “Tromboangeítis obliterante”. Oclusión trombótica segmentaria de las arterias de pequeño y mediano calibre de las extremidades superiores e inferiores, acompañado de un infiltrado de células inflamatorias de la pared.

- Epidemiología:**
- Mayor frecuencia en medio y lejano oriente
  - Menores de 45 años fumadores y varones 8/2
  - Expectativa de vida normal

# Enfermedad de Buerger

## Generalidades

### Etiología

- Tabaco
  - Inmunológicos
  - Infecciosa
- Ac anticólageno I y II
  - Ac antielastina
  - Ac HLA-B5 y A9

### Anat. Patológica

- Fase aguda
- Fase crónica

### Fisiopatología

- Comienzo distal
- Evolución en brotes
- Claudicación tardía



# Enfermedad de Buerger

## Clínico

- Aspecto de los dedos
- Tipo de lesiones tróficas
- Claudicación intermitente
- Flebitis migrans
- Síndrome de Raynaud
- Personalidad variable



# Enfermedad de Bueger

## Diagnóstico

### 1.- Criterios clínicos

- H<sup>a</sup> de fumador
- Inicio < 50 años
- Lesiones oclusivas infrapoplíteas
- Afectación de M. sup y/o flebitis migrans
- Ausencia de F. ATC, autoinmune y embolígeno

### 2.- No invasivos

- Estudio Doppler
- Velocidad de circulación (Tc <sup>99</sup>)
- Pletismografía

### 3.-Angiográficos

- Arterias proximales a la poplítea libres de enfermedad
- Transición brusca
- Afectación segmentaria, múltiple y simétrica
- Circulación colateral en tirabuzón
- Aspecto en acordeón de la arteria femoral
- Ausencia de calcificaciones y lesiones en sacabocados

# Enfermedad de Bueger

## Tratamiento

### A.- Médico

- Ausencia de tabaco
- Tratamiento local conservador prolongado
- Fármacos
  - Prostaglandinas
  - Corticoides
  - Antagonistas del calcio
- Anestesia epidural
- Estimulación eléctrica epidural
- Cámara hiperbárica

### B.- Quirúrgico

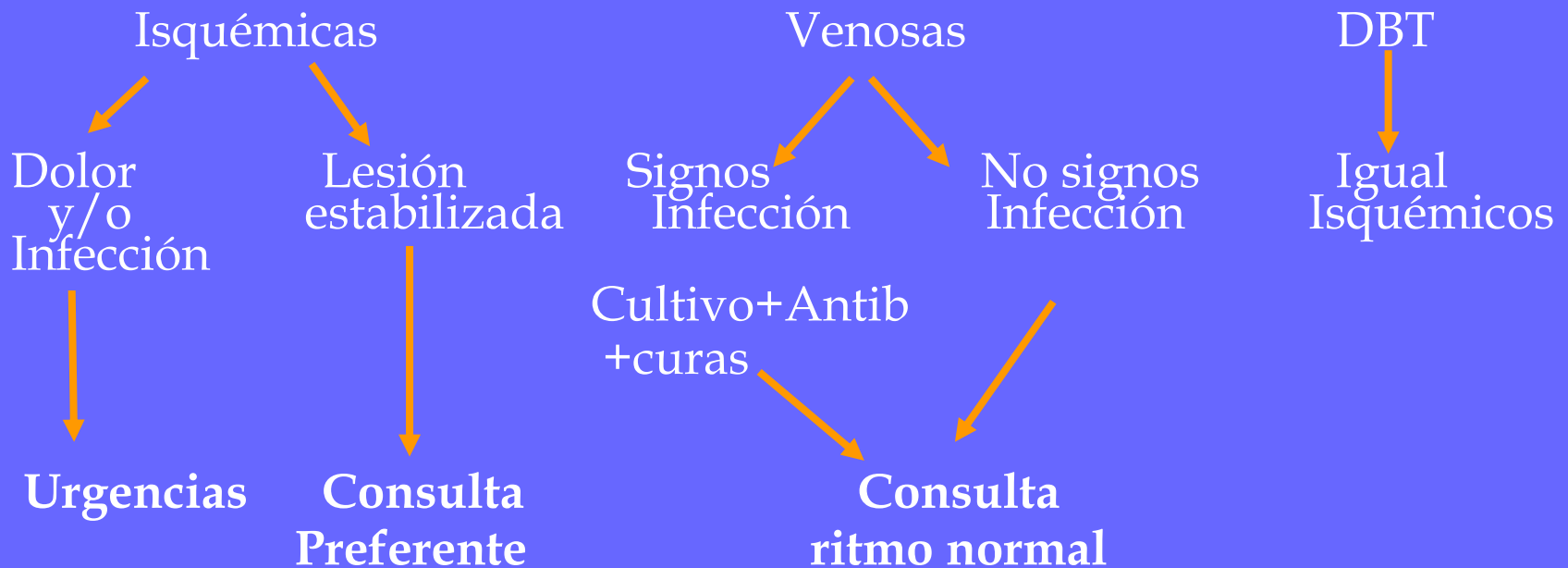
- Cirugía arterial directa
- Simpatectomía lumbar
- Amputaciones

# Diagnóstico diferencial

	Isquémicas	Venosas	HTA	DBT	Neurot.	Vasculíticas
<b>Pulsos</b>	( - )	( + )	( + )	( + )	( + )	( + )
<b>Localización</b>	Pie	supramal. Interna	Supramal. Externa	Pie	Apoyo en pie	Variable
<b>Dolor</b>	Nocturno	No dolor	Continuo	No dolor	No dolor	Dolorosas
<b>Necrosis de úlcera</b>	Posible	Ausente	Posible	Posible	Ausente	Posible
<b>Cambios asociados</b>	Piel, vello uñas, color	Edema derm. Ocre	inespec.	Sequed deformid	Atrofia Sensib.	Inespecif.

# Lesiones tróficas

## Actitud





# Lesiones tróficas

## Actitud

Hipertensivas



Consulta  
Preferente

Neurotróficas

Signos  
Infección

No signos  
Infección

Cultivo+Antib  
+curas



Consulta  
ritmo normal

Vasculíticas



Igual  
Isquémicos

# Tomas de cultivo

Biopsia Tisular



Aspiración percutánea



# Tomas de cultivo

Frotis de la lesión con hisopo





No es una enfermedad *sui generis*,  
sino que es siempre un síntoma de una  
enfermedad subyacente que debemos  
**identificar y tratar**

# Corolario



- ✓ originan una importante demanda en los servicios de atención primaria y sobrecargan la atención hospitalaria.
- ✓ diagnóstico y un adecuado enfoque terapéutico en los estadíos iniciales

# Corolario



- ✓ una disminución de costes para la sanidad, menor carga de trabajo para el personal sanitario
- ✓ sobre todo una mejor calidad de vida para los pacientes.

*¡Muchas gracias!*

