

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”

Centro Medico Nacional “La Raza”

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular

**TESIS DE POSTGRADO**

Resultados posterior a manejo quirúrgico de las vasculitis sistémicas en el Hospital de  
Especialidades Centro Médico Nacional La Raza.

**PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALIDAD EN:**

**Angiología y Cirugía Vascular**

**PRESENTA.**

Dr. José Alonso González Vázquez. Médico residente del cuarto año de la especialidad  
en Angiología y Cirugía Vascular. H. E. C, M. N La Raza. IMSS

**ASESOR DE TESIS**

Dra. Elizabeth Enríquez Vega. Jefe del servicio de Angiología y Cirugía Vascular

H .E. C. M. N La Raza. IMSS

Dr. Luís Javier Jara Quezada. Reumatólogo .Director de Enseñanza e Investigación en  
salud. H. E. C .M. N La Raza .IMSS

Dra..Gabriela Medina García. Investigador Asociado B unidad de Epidemiología Clínica.

H. E.C.M.N La Raza IMSS



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# **INDICE**

**Resumen**

**Antecedentes**

**Material y Metodología**

**Resultados**

**Discusión**

**Conclusión**

**Anexos**

**Referencias**

## RESUMEN

### ***Resultados posterior a manejo quirúrgico de las vasculitis sistémicas en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza.***

*Objetivo:* determinar el número de pacientes con diagnóstico de Vasculitis sistémica y describir los resultados obtenidos posterior a procedimiento quirúrgico.

*Metodología y Diseño:* Diseño: observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal, en pacientes mayores de 18 años con vasculitis sistémica que ameritaron manejo quirúrgico por el servicio de Angiología y Cirugía Vasculosa en el período de enero 2002 a febrero del 2007.

Se evaluó de manera subjetiva los resultados posteriores al manejo quirúrgico.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva.

*Resultados:* Se estudiaron 20 pacientes, 12(60%) del sexo masculino y 8(40%) del femenino, de ellos 14(70%) corresponden a tromboangeítis obliterante(TAO), 5(25%) con aortoarteritis inespecífica, uno con arteritis de la temporal. En 12 pacientes (85%) con tromboangeítis obliterante se realizó simpatectomía Lumbar, 10 de los 12 pacientes (83%) mostraron mejoría en su sintomatología la cual se vio reflejada en dolor de tipo isquémico y la distancia al caminar. En dos se realizó amputación supracondílea y dos injertos femoro-dístaes. De los 5 sujetos con Aortoarteritis Inespecífica, a uno se realizó Derivación aortorrenal, en dos derivación aortobifemoral, una derivación aortocarotídeo, una defunción por sangrado transoperatorio en una derivación aorto-aórtica; un caso con arteritis de la temporal se realizó biopsia escisional.

*Conclusión:* Los resultados después del tratamiento quirúrgico en pacientes con vasculitis sistémica por tromboangeítis obliterante son satisfactorios cuando se practica simpatectomía Lumbar; en la aortoarteritis inespecífica el tratamiento debe ser médico y quirúrgico y sus resultados son aceptables.

*Palabras Clave:* Vasculitis Sistémica, manejo quirúrgico, Resultados.

## ABSTRACT.

### *Surgical outcome of systemic Vasculitis in the Hospital de Especialidades Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza.*

*Aim.* Was to determine to determine the number of results obtained alter Surgical management.

Methods and Design it was and Observacional, retrospectivo, descriptive and transversal study. All the patients over 18 years old with systemic vasculitis diagnose wich underwent surgical management by the vascular surgery department were included. The results after the surgical managements (betterment, parcial betterment and wosent of the symptoms) were percent and central tendency messures.

Results. A total of 20 patients 12(60%) were Male and the 8(40%) were female of Wich 14(70%) had Obliterans tromboangeitis, 5(25%) inespecific Aortoarteritis and one patient with temporal arteritis.

In 12 or the 14 patients (66%) winth Obliterans tromboangeitis underwent lumbar Sympatectomy; 10 of 12 patients(83%) dispayed betterment of the symptoms wich were reflected in the ischemic pain and walking distance. Of the 5 patients with inespecific Aortoarteritis, two patients underwent aortobifemoral Bypass with excellent results in symptoms; one death was observed in patients with a aortoaortico Bypass. One aorto-carotid Bypass was performed also with excellent results. An excisional biopsy was performed in the only one patient with temporal Arteritis.

Conclussions. The results after surgical management in patients with systemic vasculitis are considered satisfactory, being the lumbar Sympatectomy the most frecuent surgical procedures used in TAO and the use of different types of Bypass grafting in patients with inespecific Aortoarteritis

Keyword. Sistemic vasculitis, surgical management, results.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La mayoría de los síndromes vasculíticos abarcan un amplio espectro de alteraciones, teniendo muchas coincidencias clínicas, de laboratorio y rasgos histopatológicos similares.

Por definición la vasculitis implica inflamación de la pared vascular, que produce una lesión arterial con la consiguiente formación de estenosis o aneurismas.

La clasificación de las arteritis es muy compleja debida al amplio espectro y al solapamiento de las manifestaciones clínicas. Los reactantes de la fase aguda pueden estar elevados de manera inespecífica. Las manifestaciones clínicas e histopatológicas varían dependiendo de la localización y del vaso afectado. (1)

La mayoría de las clasificaciones se basan en el tamaño del vaso afectado (vasculitis de pequeño, de mediano y de gran calibre). También pueden clasificarse por la presencia de anticuerpos frente al citoplasma de los neutrófilos (ANCA) o (cANCAS),(pANCA)

Las vasculitis de grandes vasos comprenden la arteritis de Takayasu y la arteritis de la temporal (2).

*La arteritis de Takayasu* o Aortoarteritis inespecífica es la más frecuente de las vasculitis de grandes vasos, afecta aproximadamente 2.6 casos por cada millón de habitantes en los Estados Unidos de Norte América, en los países asiáticos se presenta hasta un caso por cada 3000 autopsias realizadas en el Japón. Es una enfermedad de individuos jóvenes, a menudo menores de 30 años, que provoca lesiones estenóticas y/o aneurismáticas. Afecta a menudo a las ramas de la aorta y por eso se conoce como la enfermedad sin pulsos. Del 33 al 88 % de los pacientes tienen hipertensión arterial.

*La arteritis de la temporal* (de células gigantes) pueden manifestarse con estenosis u oclusión de la arteria braquial o femoral superficial, afecta a pacientes mayores de

50 años , afecta a las ramas de la carótida externa , con síntomas de cefalea y claudicación mandibular.

La complicación más grave es la ceguera por lesión de la arteria oftálmica, provocando isquemia de la retina. 15 % de los pacientes presentan sintomatología inespecífica como fiebre de origen desconocido.

*La Tromboangeítis Obliterante.(TAO)* ó Enfermedad de Buerger es un trastorno inflamatorio, segmentario, no aterosclerótico, que afecta a las arterias de mediano y pequeño calibre, de las extremidades superiores e inferiores. Desde el punto de vista histopatológico se clasifica como una vasculitis ,se diferencias de las formas más frecuentes de vasculitis en tres aspecto 1.-A menudo existe un trombo inflamatorio que respeta relativamente la pared del vaso sanguíneo 2.-Las concentraciones de reactante de fase aguda son normales 3.-No existen marcadores de inmunoactivación.(4).

Tiene una prevalencia mucho más alta en pacientes del sexo masculino con una incidencia de 1 a 2 % en las mujeres.

Existe una correlación bien clara entre el consumo de tabaco en cualquiera de sus formas y la Tromboangeítis Obliterante, también se han relacionado los haplotipos HLA de los pacientes con la enfermedad de Buerger.

La presentación clásica de la enfermedad de Buerger es un varón joven, fumador, que empieza a manifestar síntomas antes de los 40-45 años con isquemia de las pequeñas arterias y venas dístales. Los pacientes pueden manifestar claudicación de los pies, las piernas y en ocasiones los brazos y las manos. (5-7)

Aproximadamente 40 % de los pacientes con TAO presentan tromboflebitis superficial (8), isquemia en segmentos distales de las extremidades (infrapoplíteo o infrabraquial) con dolor en reposo y úlceras isquémicas es la presentación habitual.

Otras vasculitis como la Poliarteritis Nodosa, Enfermedad de Behcet, Enfermedad de Kawasaki, se presentan con una prevalencia mucho más baja.

Las diversas modalidades de tratamiento para las vasculitis incluyen revascularización mediante colocación de Bypass sintéticos ó autólogos, revascularización indirecta mediante simpatectomía Torácica y lumbar, así como la amputación.

Weaver FA y cols.(11) publicaron en 1990 un estudio sobre los procedimientos quirúrgicos en la arteritis de Takayasu , en este estudio se incluyeron 20 paciente todos del sexo femenino, los procedimientos realizados fueron 5 derivaciones aortorrenal , 4 derivaciones carótida subclavio , 2 derivaciones aortocarotídeas , una resección de aneurisma, un reemplazo valvular aórtico .Giordano y cols. (13) publicó su experiencia en 28 pacientes de los cuales 10 requirieron revascularización por estenosis de la aorta torácica y afectación de troncos supraórticos, en este estudio se demostró los beneficios de revascularización agresiva en estos pacientes

Con respecto a la Arteritis de la Temporal, la biopsia escisional se ha considerado el estándar para el tratamiento de la arteritis de la temporal. En un estudio publicado por Chong y cols.(14) que abarca 70 pacientes durante un periodo de 5 años se demostró que aunque es una cirugía de mínima invasión, reduce el número de complicaciones fatales como la ceguera .

La simpatectomía es otro de los procedimientos de revascularización indirecta el cual consiste en el corte de la cadena simpática para disminuir la resistencia y aumentar el flujo sanguíneo.

De Giacomo T y cols. (15) demostraron los beneficios de la simpatectomía torácica para la isquemia de las extremidades superiores. Se realizaron 20 simpatectomías en 15 pacientes los cuales mostraron mejoría en su sintomatología.



La cirugía de salvamento de extremidad es otra modalidad de tratamiento quirúrgico. Sasajima y cols.(16) reportaron su experiencia en bypass distales en pacientes con enfermedad de Buerger previa simpatectomía, demostrando una mejoría en la función, pero para ello es esencial el cese del tabaquismo en cualquiera de sus formas.

Aunque se ha demostrado los beneficios de la cirugía en los pacientes con vasculitis sistémica, existe poca información sobre el manejo quirúrgico, en nuestro país no se han reportado estadísticas que contrasten con la literatura internacional.

## **MATERIAL Y METODOS.**

Diseño: observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal, en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza Unidad Médica de Alta Especialidad (U.M.A.E). “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Hospital de tercer nivel, el universo de trabajo fue la población derechohabiente atendido el Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional la Raza. Durante el periodo comprendido de Enero del 2002 a febrero del 2007.

El objetivo del estudio fue determinar el numero de pacientes con diagnóstico de Vasculitis sistémica y describir los resultados obtenidos después del procedimiento quirúrgico.

Se incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de vasculitis sistémica que ameritaron manejo quirúrgico por el servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

Se excluyó a los pacientes con diagnóstico no concluyente de vasculitis sistémica, pseudovasculitis o inducida por medicamentos.

Se revisó la base de datos del servicio de Angiología y Cirugía Vascular, seleccionando a todos los pacientes con diagnóstico de Vasculitis y que ameritaron tratamiento quirúrgico por parte del servicio.

Se acudió al archivo clínico para consultar los expedientes, de él se registró el cuadro clínico, estudios de gabinete y laboratorio: Arteriografía, TAC, BHC, QS, Tiempos de Coagulación. Reactantes de fase aguda etc.

Se clasificó el tipo de vasculitis, el procedimiento quirúrgico realizado, la morbilidad y mortalidad.

Se evaluó la mejoría clínica mediante una escala subjetiva (basada en la Fontaine) y se clasificó en 4 grupos:

I.- **Mejoría** se considero cuando en dolor o la claudicación aparecían a los 200 metros.

II.- **Mejoría Parcial:** la claudicación se presenta a menos de 200 mts.

III.- **Sin cambios en su sintomatología.** Dolor isquemico de reposo

IV.- **Empeoramiento.** Cuando presentaba Pérdida de Tejido

Se utilizó estudios paraclínicos para evaluar el funcionamiento, en los casos de afección por vasculitis a otros órganos.

Se utilizó para el análisis de los resultados estadística descriptiva

.

## RESULTADOS

Se analizó un total de 20 pacientes con diagnóstico de vasculitis sistémica: De ellos, 12 (60%) fueron del sexo masculino y 8(40%) del femenino; el promedio de edad fue de 39 años.

La etiología de la vasculitis sistémica en 14 sujetos (70%) fue secundaria a Tromboangeitis Obliterante(TAO), en 5(25%) por Aortoarteritis inespecífica y en un caso (5%) por arteritis de la arteria temporal..

En la tabla Número uno se muestra un concentrado de las características clínicas de los pacientes.

**Tabla número 1.**

### CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CON TROMBOANGEITIS OBLITERANTE

PACIENTE	SEXO	EDAD	TABAQUISMO +/-	TX. PENTOXIFILINA ASA Y NIFEDIPINO	PROCEDIMIENTO REALIZADA	RESULTADO INMEDIATO	DISTANCIA EVALUADA	PERIODO DE SEGUIMIENTO	RESULTADOS A 6 MESES.
Paciente 1	F	38	+ 1 cajetilla x 15 años	SI	SL	Mejoría	Claudicación a + de 200 mts	6 Meses	Sin Cambios
Paciente 2	M	40	+ 1.5 cajetillas x18 años	SI	SL	Mejoría	Claudicación a + de 200 mts.	6 Meses	Sin Cambios
Paciente 3	F	47	+ 1 cajetilla x 16 años	SI	SL	Mejoría	Claudicación a + de 200 mts	6 Meses	Sin Cambios
Paciente 4.	F	30	+2 cajetillas x 15 años	SI	SL ASC MPD	Empeoramiento	Dolor isquemico de reposo	Descompensación en el potsroeratorio inmediato	En proceso de rehabilitación
Paciente 5	M	46	+ 1 cajetilla x 20 años	SI	SL MPD	Mejoría	Claudicación a + de 200 mts	6 Meses	Sin Cambios
Paciente 6	M	41	+ 1.5 cajetillas 18 años	SI	SL MPD	Mejoría	Claudicación a + de 200 mts	6 Meses	Sin Cambios
Paciente 7	M	28	+ 2 cajetillas x16 años	SI	IFT	Mejoría	Claudicación a + de 200 mts	6 Meses	Sin Cambios
Paciente 8	M	34	+ 2 cajetillas x19 años	SI	SL ASC MPD	Empeoramiento	Dolor isquemico de reposo	Descompensación en el potsroeratorio inmediato	En proceso de rehabilitación
Paciente 9	M	34	+ 1 cajetilla x15 años	SI	IFPS MPD	Mejoría	Claudicación a + de 200 mts	6 Meses	Sin Cambios
Paciente 10	M	36	+ 1.5 cajetillas x 20 años	SI	SL MPD	Mejoría	Claudicación a + de 200 mts	6 Meses	Sin Cambios
Paciente 11	M	38	+ 1 cajetilla x 18 años	SI	SL MPD	Mejoría	Claudicación a + de 200 mts	6 Meses	Sin Cambios
Paciente 12	M	34	+ 1 cajetilla x 14 años	SI	SL MPD	Mejoría	Claudicación a + de 200 mts		Sin Cambios
Paciente 13	M	35	+1.5 cajetillas x 15 años	SI	SL	Mejoría	Claudicación a + de 200 mts	6 Meses	Sin Cambios
Paciente 14	M	38	+ 1 cajetilla al día	SI	SL	Mejoría	Claudicación a + de 200 mts	6 Meses	Sin Cambios

SL= Simpatectomia lumbar    ASC= amputación supracondilea    IFTS=injerto femoro tibial con safena    IFPS= injerto femoropliteo con safena    MPD= miembro pélvico derecho

Todos con el antecedentes del hábito tabáquico en un promedio de 1.5 +/- 0.5 cajetillas diarias, al durante el menos 15 años en promedio

Como puede observarse en la **tabla No.1** en 12 casos (85%) se realizó simpatectomía Lumbar.

Todos recibieron tratamiento médico con pentoxifilina 400 mgrs cada 8 horas, Ácido Acetilsalicílico 150 mgrs y nifedipino 10 mgrs cada 12 horas.

10 (83%) mostraron mejoría en su sintomatología la cual se vio reflejada en la distancia al caminar en un periodo de seguimiento de 6 meses en promedio. En dos casos (16%) evolucionaron con empeoramiento de su sintomatología en el postoperatorio inmediato y requirieron amputación supracondílea.

A dos pacientes (16%) se les colocó injerto Femoro-Tibial posterior presentando mejoría en su sintomatología y con permeabilidad de 100% a un año.

No se presentaron defunciones en este grupo de pacientes.

En la tabla Número 2 se presenta un concentrado de las características de los pacientes con Aorto arteritis Inespecifica.

**Tabla número 2.**

**CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CON AORTOARTERITIS INESPECIFICA.**

PACIENTE	SEXO	EDAD	PROCEDIMIENTO REALIZADO	RESULTADO	EVALUACION CLINICA	TRATAMIENTO	SEGUIMINETO	DOISIS DE INMUNOSUPRESIÓN
PACIENTE 1	F	43	Derivación aorto Bifemoral	Mejoria	Sin claudicación	Acenocumarina	1 año	Prednisona 5 mgrs c/24 hrs.
PACIENTE 2	F	37	Derivación esplenorenal Izquierda	Mejoria.	Cr ser pre 2mgs/dl y posQx 0.6mg/dl	ASA 150 mgrs c/24 hrs.	1 año	Prednisona 5mgrs c/24 hrs.
PACIENTE 3	F	35	Col. De Injerto AortoBifemoral.	Mejoria.	Sin claudicación	Acenocumarina	1 año	Prednisona 5 mgrs c/24 hrs.
PACIENTE 4	F	50	Col. De injerto Aorta - aortico	Defunción	Defunción	No aplica	No aplica	<b>No aplica</b>
PACIENTE 5	F	36	Col. De injerto Aorta carotideo	Mejoria	Sin EVC	Acenocumarina	6 meses	Prednisona 5 mgrs c/24 hrs.

Se encontró a 5 pacientes(25%) con diagnóstico de Aortoarteritis Inespecífica, todos del sexo Femenino con un promedio de edad de 39 años, a una se le realizó derivación esplenorenal por Nefropatía isquémica ( con mejoría significativa en la función renal presentando una creatinina serica prequirúrgica de 2 y 0.6 posquirúrgico y el gamagramma renal de control 57%.)

A dos pacientes se le colocó injerto aorto bifemoral, presentando mejoría de su sintomatología posterior al evento quirúrgico deambula más de un kilómetro.

La cuarta paciente presentó Pseudoaneurisma anastomótico (Por injerto aorto aórtico diez años previos) se colocó injerto aorto aortico, la paciente falleció en transoperatorio por hemorragia.

La 5ª.paciente se le colocó injerto aortocarotídeo derecho por afección de troncos supraórticos y por EVC isquémico. Se reporta sin secuelas neurológicas.

En el seguimiento a un año en los primeros tres pacientes de la **tabla 2** , 6 meses el ultimo paciente con buenos resultados y sin reporte de complicaciones , todos bajo tratamiento medico

Se encontró un paciente (5%) con arteritis de la temporal el cual se le realizó biopsia exisicional un segmento de arteria, un seguimiento a tres meses el paciente evoluciona asintomático.

El estudio histopatológico reporta infiltrado inflamatorio, granulomatoso con afección de la intima y la media; márgenes arterial sano.

## DISCUSIÓN

Las vasculitis sistémicas son un grupo de padecimientos en los cuales el tratamiento médico y quirúrgico es vital para la mejora en la calidad de vida y evitar posibles complicaciones. Este estudio analiza el tratamiento quirúrgico de 20 pacientes con vasculitis sistémica, en nuestra serie se demuestra que la suspensión de hábito tabáquico es el tratamiento más eficaz coadyuvado con la simpatectomía para el alivio de sus síntomas en los casos de Tromboangeitis Obliterante tal y como lo publicaron Watarida, Sasajima (15,17)

La tasa de éxito es ligeramente inferior al compararnos con la serie de Watarida ya que reporta 100% de éxito y en nuestra serie fue del 83%.

Alguno de los factores que se mencionan en la literatura médica que influyen en la evolución clínica de la enfermedad y en el resultado del procedimiento quirúrgico son el retardo en el diagnóstico, la edad, el tabaquismo y factores genéticos como es el caso de la raza judía (1,7, 10)

En nuestra serie esta patología se presentó en adultos jóvenes con promedio de edad de 35 años con inicio de consumo tabáquico a más temprana edad 15 años en promedio, en la literatura se reporta una edad promedio similar pero un inicio más tardío por lo tanto una menor exposición al humo de cigarro. (1)

Sasajima y cols. reportan su experiencia de 10 años en 15 pacientes con Bypass distal con enfermedad de Buerger y reporta una mejoría en los síntomas en 9 de los 15 pacientes con permeabilidad del injerto de 60 %, en 6 casos evolucionaron con trombosis de injerto atribuido al consumo de tabaco. Nosotros encontramos dos pacientes a los

cuales se les colocó Bypass distal con mejoría de su sintomatología, ambos injertos permeables a un año, cabe mencionar que dejaron de fumar.

Sayin y cols. (18) en una de las series más grandes publicadas 216 pacientes con TAO, de los cuales 33 pacientes (15 %) requirieron una amputación, nosotros encontramos en nuestra serie 2 pacientes (14%) requirieron amputación supracondilea, el índice de amputación es similar en ambas series

Wenver FA y cols. (11,12) describe una series de 20 pacientes en 16 años, 11 pacientes (55%) padecían hipertensión renovascular, 12 (60%) con isquemia de la extremidades y 7 (35%) enfermedad cerebrovascular, a 5 pacientes se les realizó derivación Aorto-renal, 4 carótida –subclavio, 2 aortocarotideo, 2 resección de aneurisma, 2 aorto femoral un reemplazo válvular aortico y una nefrectomía, en todos los pacientes presentaron mejoría clínica de sus síntomas, no hubo defunciones. Nosotros encontramos 5 pacientes, a dos pacientes se les colocó injerto aortobifemoral, una derivación espleno renal, una resección de Pseudoaneurisma aórtico y una derivación Aorto carotídeo. 4(80%) de los 5 pacientes presentaron mejoría clínica de sus síntomas y hubo una defunción en el paciente con pseudoaneurisma(por injerto aortoaortico 10 años previos) a consecuencia de sangrado transoperatorio A diferencia de las referencias publicadas la tasa de éxito es inferior lo cual es atribuido a lo complejo de la cirugía, así como factores de comorbilidad asociada como es la hipertensión arterial, deterioro en la función renal y alteraciones cardiopulmonares.

Chong EW y cols(14) reportan una las series más grandes en cuanto a la arteritis de la temporal, 70 pacientes en 5 años, con una tasa de curación del 76%, en nuestro estudio únicamente solo encontramos a un paciente al que se realizó biopsia escisional, su evolución clínica postoperatoria es de curación ya que el estudio histopatológico reporta



márgenes sanos en el segmento arterial tal y como lo realizan en la literatura médica mundial en donde para obtener el criterio de curación debe expresarse en el estudio histopatológico que los márgenes deben estar sanos..

La rareza de esta patología en nuestro medio puede estar influenciada por la raza y factores genéticos, así como una subestimación o la falta de diagnóstico y envío por el primer nivel de atención.

Como puede constatarse en nuestra serie, TAO es la vasculitis más frecuente, la simpatectomía lumbar es el procedimiento de primera elección aunada a la suspensión del hábito tabáquico. Los Bypass e inmunosupresores siguen siendo la piedra angular en el tratamiento de la Aortoarteritis inespecífica.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados Obtenidos en Nuestro estudios la simpatectomía el recurso más utilizado en los pacientes con tromboangeitis obliterante con un resultado aceptable, seguida de la revascularización directa mediante Bypass y en los pacientes con aortoarteritis inespecífica los resultados obtenidos son satisfactorios siendo la revascularización directa y la inmunosupresión con esteroides el “estándar de oro” para este tipo de pacientes.

Y por ultimo la arteritis de la temporal un patología extremadamente rara en nuestro medio siendo la biopsia escisional el tratamiento de elección con excelentes resultados.

Las vasculitis sistémicas un grupo de padecimiento raros en el que se requiere de una adecuada participación de los tres niveles de atención y un manejo multidisciplinario para obtener una mejor calidad de vida de los pacientes .

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA

**INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

VASCULITIS SISTEMICAS EXPERIENCIA QUIRURGICA H. C. M. N LA RAZA

NOMBRE DEL PACIENTE- \_\_\_\_\_

AFILIACIÓN. \_\_\_\_\_

EDAD. \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO INICIAL \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_

CUADRO CLINICO INICIAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTUDIOS REALIZADOS. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO FINAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CIRUGIA REALIZADA  Revascularización  Simpatectomía  Amputación

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RESULTADOS POSQUIRUGICOS  Meioría  Mejoría parcial  Sin Cambios  Empeoramiento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DR. JOSE ALONSO GONZALEZ  
Encargado de recolectar la muestra.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Shepherd R, Rokke T. Arteriopatías infrecuentes. En. Cronenwett J, Gloviczki P, Johnson W, Krupski W, Ouriel K, Sidawy A. editores. Rutherford. Cirugía Vasculard Madrid España: Elsevier .2006. P 453-474.
- 2.- Fauci. AS Síndromes de Vasculitis. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson J, Martin Jb, Fauci AS, Kasper DI. Madrid España: Interamericana McGraw-Hill. 1994. P1922-1932.
- 3- Ared WP. Michel BA. Bloch DA. The American College of Rheumatology 1990 Criteria For the classification of Takayasu's Arteritis.Arthritis Rheum 1990; 33:1129-1143
- 4-Watts R, Scott D. Epidemiology of the Vasculitides. Curr Opin Rheumatol 2003; 15:11-1516.
- 5.- Weygand C, Goronzy J. Mechanisms of disease medium –and Large –Vessel Vasculitis. N Engl J Med 2003; 349:160-169.
6. - Eeyand C, Goronzy J.Giant-Cell Arteritis and polymyalgia Rheumatic .Ann Intern Med 2003; 139: 505-515.
- 7.-Olin JW, Shih A. Tromboangiitis Obliterans. Curr Opin Rheumatol 2006; 18: 18-24.
- 8.- Strasse OA. Diagnosis and Evaluation of Vasculitis .Brit Soc Rheumatol 2000; 26:254-72.
- 9-MacCormack M Phillips T: Behcet's disease: A clinical review Wound 2002; 14: 275-283.
- 10.- Jennethe C, Falk R, Small-Vessel Vasculitis. N Engl J Med 1997; 337:1512-1522.
- 11.-Weaver y Cols. Surgical procedures in the management of Takayasu's Arteritis. J Vasc Surg 1990; 12: 429-437.
- 12.-Weaver FA Y Cols. Renal revascularization in Takayasu Arteritis –induced renal artery stenosis. J Vasc Surg 2004; 39:749-757.
- 13.-Giordano JM. Surgical Treatment of Takayasu's Arteritis. Int J Cardiol 2000; 31:75-85.
- 14.-Chong EW, Robertson AJ. J Surgery 2005; 75:388-399
- 15.-Sasajima T, Kubo Y; Iumi Y, Inaba M Goh K. Plantar or dorsalis pedis artery in Buerger Disease. Ann Vasc Surg 1994; 8:248-257.
- 16.-De Giacomo T, Rendina EA; Venuta F; Lauri D, Mercadantes ES; Anile M, Coloni GF. Thoracoscopic Sympatectomy for Symptomatic Arterial Obstruction of the Upper extremities. Ann Thorac Surg 2002; 74:885-898.

17.- Watarida S. Shiraishi S. Fujimura M et al. Laparoscopic lumbar Sympatectomy for lower-Limbs disease. Surg Endovasc 16:500-503, 2002.

18.- Sayin A. Bozkurt AK, Tuzun H . et al: Surgical treatment of Buerger's disease: Experience With 216 patients. Cardiovasc Surg 1:377-380, 1993.