

Nódulos en pierna

Nodules on the leg

Marta Alejandra Villarreal,¹ Iliana Stella Garay,² María Kurpis³ y Alejandro Ruiz Lascano⁴

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 49 años, sin antecedentes personales patológicos, que consulta a nuestro servicio por presentar lesiones en miembros inferiores de dos meses de evolución, levemente dolorosos a la palpación. En el examen se evidenciaron nódulos de 1 a 2 cm de diámetro, eritematosos y parduscos, distribuidos en cara posterior de miembros inferiores. No presentaba livedo reticular, úlceras ni síntomas constitucionales, tales como fiebre, pérdida de peso, dolores abdominales, artralgias o mialgias. El estudio histopatológico con tinción de hematoxilina-eosina informó en arterias de mediano calibre del tejido celular subcutáneo paredes hipertróficas, obstrucción parcial de la luz, con material fibrinoide y necrosis del mismo.

Fue evaluada por el Servicio de Reumatología y se solicitó laboratorio general con función renal y orina completa, radiografía de tórax y factor reumatoideo, anticuerpos antinucleares, anti-ENA, C3 y C4, hepatitis B y C, los cuales se encontraban dentro de los límites normales, por lo que se descartó compromiso sistémico. Se realizó tratamiento con prednisona 30 mg/día por 20 días, con esquema de reducción con buena respuesta. Actualmente se encuentra con controles periódicos sin evidencia de compromiso general (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(5): 401-404).

Fecha de recepción: 15/08/2011 | **Fecha de aprobación:** 08/09/2011

¹ Residente de segundo año

² Médica de planta y profesora de la carrera de posgrado de Dermatología

³ Médica de planta del Servicio de Anatomía Patológica

⁴ Jefe del Servicio de Dermatología y director de la carrera de posgrado de Dermatología

Hospital Privado de Córdoba. Universidad Católica de Córdoba.

Correspondencia: Marta Alejandra Villarreal, Naciones Unidas 346, CP 5016, Córdoba

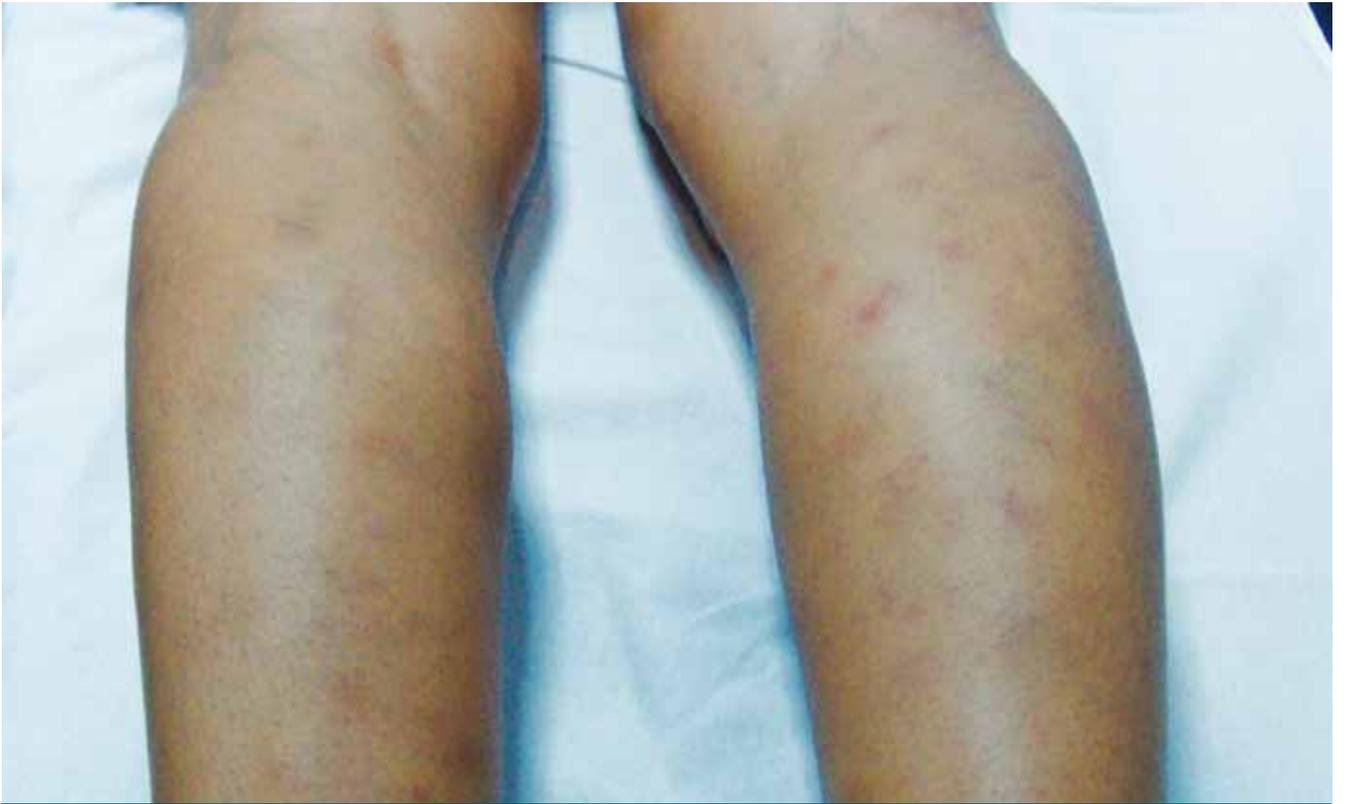


Foto 1. Lesiones nodulares en cara posterior de miembros inferiores, eritematosas.



Foto 2. Lesiones nodulares eritematosas en cara posterior de miembros inferiores.

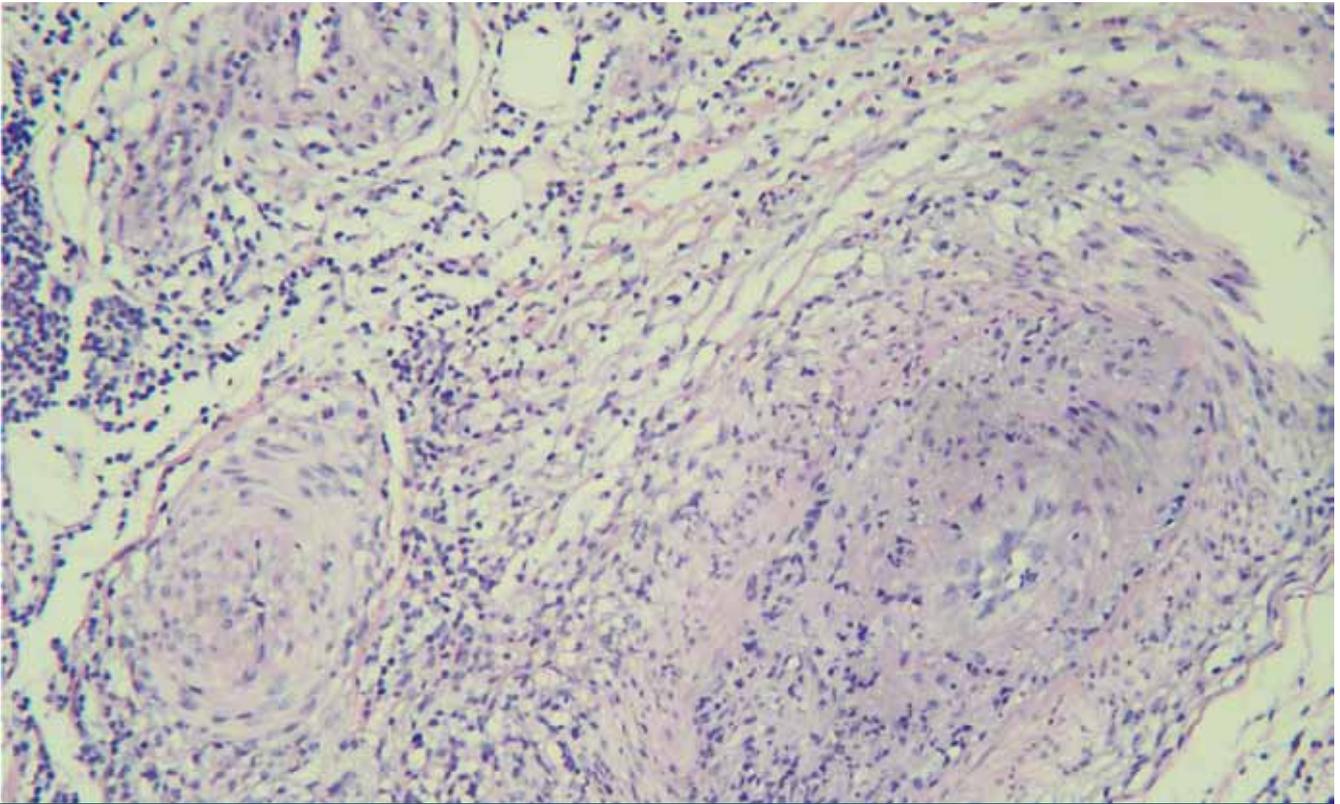


Foto 3. (H-E 40x). En dermis profunda y tejido celular subcutáneo arteria de mediano calibre con paredes hipertróficas y obstrucción parcial de la luz y vasculitis leucocitoclástica intramural, moderado infiltrado inflamatorio mixto perivascular.

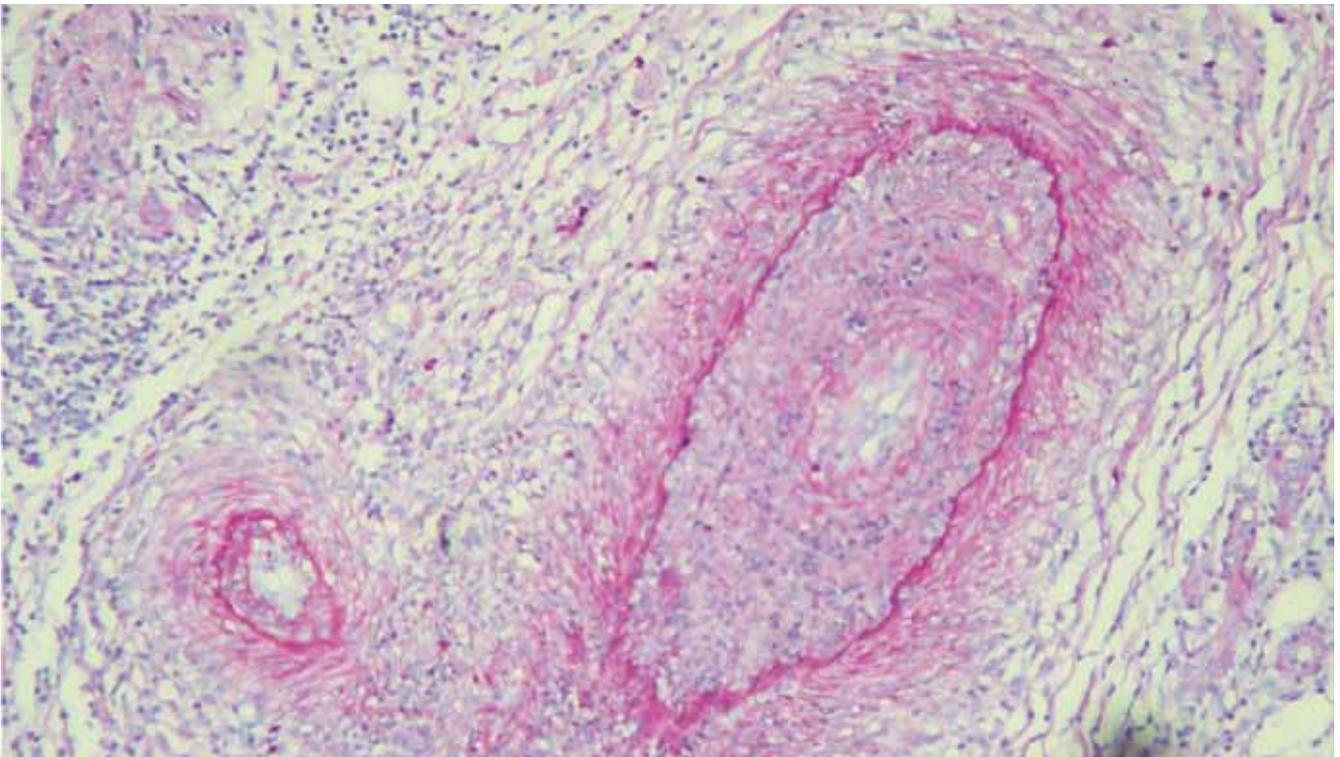


Foto 4. Tinción de PAS 40x. Se observa la pared del vaso sanguíneo de mediano calibre.

Diagnóstico

Poliarteritis nodosa cutánea.

Comentarios

La poliarteritis nodosa (PAN) es una enfermedad rara, descrita por primera vez en 1866 por Kussmaul y Maier.¹ En 1931 Lindberg fue el primero en reconocer PAN sólo con compromiso cutáneo (PANC).¹ Su incidencia es desconocida y las edades de presentación son muy variadas. Existen en la bibliografía casos de neonatos con 3 días de vida hasta personas de 81 años de edad con un promedio de 44 años. En relación con el género, presenta un leve predominio por el sexo femenino.^{2,3-5} La etiología de la PANC sigue siendo desconocida, si bien se han estudiado factores desencadenantes como infecciones por estreptococo grupo A beta hemolítico, hepatitis B (sobre todo en PAN) y parvovirus B 19. Algunos medicamentos como la minociclina han sido relacionados con esta patología, con resolución del cuadro luego de suspendida la medicación.^{2,3-5} También se ha visto involucrada la enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn).^{2,4}

Las manifestaciones clínicas de la PANC pueden comenzar con livedo reticular, nódulos subcutáneos y ulceraciones. También es posible encontrar petequias, púrpura, hasta necrosis cutánea cuando el compromiso es más extenso. Si bien la localización más frecuente es en los miembros inferiores, como en nuestro caso, se pueden comprometer los miembros superiores, el tronco, la cabeza y el cuello.^{1,2,4,5} Las manifestaciones extracutáneas incluyen mialgias, artralgias y neuropatía. En cuanto a la evolución de la enfermedad, tiene un curso crónico, benigno y recurrente que dura varios meses hasta años, incluso las remisiones pueden ser espontáneas o con tratamiento poco agresivo con corticoides. La progresión a PAN sistémica es discutida. En un estudio de 20 casos, 2 pacientes desarrollaron PAN a los 18 años y 19 años de seguimiento, respectivamente.⁵ En otro estudio de serie, de 79 casos ningún paciente desarrolló PAN en 7 años de seguimiento.² El diagnóstico se realiza con el estudio histopatológico, en el cual es fundamental la toma de una muestra de piel que incluya tejido celular subcutáneo. La presencia de compromiso de arterias de mediano calibre con necrosis fibrinoide, es diagnóstico de PAN.

Otras entidades a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial serían aquellas que se presentan con nódulos, como el eritema nodoso, donde la clínica es clara y el estudio histopatológico informa una paniculitis septal sin vasculitis. La poliangeítis microscópica se presenta con compromiso de pequeños vasos, vénulas, capilares y arteriolas que

involucran al riñón y al pulmón. En la granulomatosis de Wegener y el síndrome de Churg-Strauss hay afectación de vasos de mediano calibre, es importante el compromiso pulmonar, la inflamación granulomatosa y ANCA (anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos) positivos en ambas entidades.^{6,7} El eritema indurado de Bazin o vasculitis nodular con la clínica de nódulos eritematosos con predominio en la cara posterior de miembros inferiores tiene una histología distintiva, con paniculitis lobular o mixta y compromiso de vasos de pequeños o mediano calibre. La urticaria vasculitis, con clínica de urticaria de más de 24 horas de evolución, se presenta con artralgias y compromiso de los pequeños vasos.^{1,7}

El tratamiento de la PANC, en contraste con la PAN sistémica, es menos agresivo. En algunos casos los analgésicos, entre ellos los antiinflamatorios no esteroideos, son suficientes y no se necesita otra terapia.

En los casos refractarios o con importante dolor, ulceraciones, necrosis o síntomas extracutáneos como artralgias, mialgias o parestesias se pueden requerir corticoides sistémicos, por ejemplo prednisona 30 mg/día o incluso menos. También han sido comunicados el uso de hidroxicloroquina, dapsona, azatioprina, ciclofosfamida, metotrexato e inmunoglobulina endovenosa, entre otros.^{8,9}

Bibliografía

1. Citado por Morgan A.J., Schwartz R.A. Cutaneous polyarteritis nodosa: a comprehensive review, *Int. J. Dermatol.*, 2010, 49: 750-756.
2. Daoud M.S., Hutton K.P., Gibson L.E. Cutaneous periarteritis nodosa: a clinicopathological study of 79 cases, *Br. J. Dermatol.*, 1997, 136: 706-713.
3. Abad S., Kambouchner M., Nejari M., Dhote R. Additional case of minocycline-induced cutaneous polyarteritis nodosa: comment on the article by Culver *et al*, *Arthritis Rheum*, 2006, 55: 831.
4. Díaz-Pérez J.L., Winkelmann R.K. Cutaneous periarteritis nodosa, *Arch. Dermatol.*, 1974, 110: 407-414.
5. Chen K.R. Cutaneous polyarteritis nodosa: a clinical and histopathological study of 20 cases, *J. Dermatol.*, 1989, 16: 429-442.
6. Bauza A., Espana A., Idoate M. Cutaneous polyarteritis nodosa, *Br. J. Dermatol.*, 2002, 146: 694-699.
7. Schwartz R.A., Churg J. Churg-Strauss syndrome, *Br. J. Dermatol.*, 1992, 127: 199-204.
8. Lobo I., Ferreira M., Silva E., Alves R. *et al*. Cutaneous polyarteritis nodosa treated with intravenous immunoglobulins, *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2007, 22: 880-882.
9. Schartz N.E., Alaoui S., Vignon-Pennamen M.D., Cordoliani F. *et al*. Successful treatment in two cases of steroid-dependent cutaneous polyarteritis nodosa with low-dose methotrexate, *Dermatology*, 2001, 203: 336-338.