

Poliarteritis nodosa cutánea

Gener Alejandro Mancilla Díaz

Fernando Vallejo Cadavid

Luis Alfonso Correa Londoño

RESUMEN

HOMBRE JOVEN, quien presentaba nódulos subcutáneos, algunos ulcerados, asociados con lívido reticularis, y la biopsia mostró la presencia de vasculitis leucocitoclástica de arterias de pequeño y mediano calibre, con ausencia de compromiso sistémico. Se hizo el diagnóstico de poliarteritis nodosa cutánea, una entidad poco frecuente, con un curso más benigno que la forma clásica.

Palabras clave: poliarteritis nodosa cutánea, lívido reticularis, vasculitis leucocitoclástica.

INTRODUCCIÓN

La poliarteritis nodosa cutánea es una entidad caracterizada por una vasculitis leucocitoclástica segmentaria que compromete arterias de pequeño y mediano calibre, se localiza en piel y se manifiesta como nódulos subcutáneos y lívido reticularis. A diferencia de la poliarteritis nodosa clásica, no compromete otros órganos.

CASO CLÍNICO

Se reporta el caso de un hombre de veintidós años, con un cuadro clínico de dos años de evolución consistente en aparición de nódulos eritemato-violáceos, intensamente dolorosos, localizados en las extremidades, que un año después empezaron a ulcerarse con cicatrización espontánea. Dos meses antes de la consulta presentaba una úlcera

en la espalda, dolorosa, acompañada de pérdida de 5 kg de peso, astenia, adinamia, fiebre subjetiva y artralgiyas en las rodillas, los tobillos y las articulaciones metatarsófalgicas del pie izquierdo.

Al examen físico se encontraron múltiples nódulos en los muslos, una úlcera de gran tamaño localizada en la espalda (Figura 1) y otras de menor tamaño en las extremidades, así como lívido reticularis en el antebrazo izquierdo (Figura 2).



Figura 1. En la región escapular se observa una úlcera de gran tamaño, parcialmente cicatrizada, cubierta con escamocostra central.

Los paraclínicos demostraron una anemia moderada y elevación de los reactantes de fase aguda. El perfil reumatológico, las pruebas de funciones hepática y renal y la electromiografía con velocidades de neuroconducción fueron todos normales. Las antiestreptolisinas, el antígeno de superficie de hepatitis B y los anticuerpos para hepatitis C fueron negativos. Se tomó una biopsia de piel que demostró una vasculitis leucocitoclástica de arterias de pequeño y mediano calibres, con necrosis fibrinoide e infiltrado inflamatorio principalmente de PMN (Figura 3). Con estos hallazgos se hizo el diagnóstico de poliarteritis nodosa cutánea.

Gener Alejandro Mancilla Díaz, *RII Dermatología Universidad de Antioquia, Medellín.*

Fernando Vallejo Cadavid, *Jefe Sección Dermatología, Universidad de Antioquia.*

Luis Alfonso Correa Londoño, *Docente Dermatopatología Universidad de Antioquia. Patólogo, Congregación Mariana, Medellín.*

Poliarteritis nodosa cutánea



Figura 2. Se observan lesiones maculares purpúricas en el patrón reticular (livedo reticularis), comprometiendo los miembros superiores.

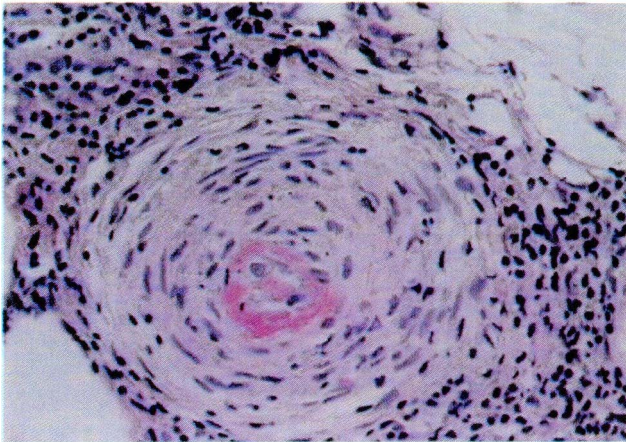


Figura 3. Se observa infiltrado mixto, con predominio de polimorfonucleares: perivascular y en la pared de un vaso arterial, que presenta necrosis fibrinoide central.

nea. Se realizó tratamiento con prednisolona, 1 mg/kg/día, asociado con antiinflamatorios no esteroideos, con buena respuesta.

DISCUSIÓN

La poliarteritis nodosa clásica es una vasculitis leucocitoclásica segmentaria que compromete arterias de mediano y pequeño calibre y afecta múltiples órganos, principal-

mente el riñón, el corazón, el hígado y el tracto gastrointestinal. La poliarteritis nodosa cutánea es una forma localizada y poco frecuente, en la cual no hay compromiso visceral y que se caracteriza por frecuentes exacerbaciones.

La poliarteritis nodosa clásica fue descrita por Kussmaul y Maier en 1886. En 1931 Lindberg reportó la presencia de una variante cutánea. Aunque la fisiopatología de la enfermedad aún permanece desconocida, se ha asociado con múltiples patologías como infección por el virus de la hepatitis B y C, VIH, virus de Epstein Barr, infecciones por estreptococo, malaria por *P. falciparum*, inmunización para difteria y tétanos, y otras como enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias y enfermedades del tejido conectivo.^{1,2} Es una entidad poco frecuente, y la mayoría de las publicaciones reportan casos que dificultan establecer su incidencia.

Clínicamente la entidad se caracteriza por la presencia de nódulos subcutáneos y livedo reticularis. Los nódulos subcutáneos característicamente son pequeños, blandos, de 0.5 cm a 2 cm de diámetro, localizados principalmente en los miembros inferiores; se presentan en cerca del 95% de los pacientes y se ulceran en la mitad de éstos. La livedo reticularis se reporta hasta en el 80% de los casos. En la mitad de los pacientes se presentan artralgias. Se pueden encontrar síntomas constitucionales como fiebre en el 30% de los casos y malestar general. También se presentan síntomas neuromusculares limitados al área afectada, como entumecimiento, parestesias, disestesias y mialgias en la mitad de los pacientes.^{1,3}

El diagnóstico se realiza cuando se presentan las manifestaciones clínicas características y la biopsia de piel demuestra una vasculitis segmentaria de arterias de pequeño y mediano tamaño, en ausencia de compromiso visceral, que se debe evaluar por medio de la clínica y el laboratorio⁴. También debe buscarse activamente la asociación con alguna de las patologías descritas.

El tratamiento no requiere ser tan intenso como en la poliarteritis nodosa clásica, dado su curso más benigno. El control de la enfermedad se puede realizar con antiinflamatorios no esteroideos, asociados o no con dosis bajas de corticoesteroides o metotrexate, según la respuesta.

Dada la ausencia de compromiso sistémico, el pronóstico en general es bueno, aunque la enfermedad se caracteriza por un curso prolongado con exacerbaciones frecuentes. Se debe realizar seguimiento estricto en busca de la aparición de compromiso visceral⁴.

Poliarteritis nodosa cutánea

SUMMARY

It is presented the case of a young man, who had sub-cutaneous nodules, some ulcerated, associated to livedo reticularis and a biopsy that showed a leucocitoclastic vasculitis of arteries of small and medium caliber, in absence of

systemic commitment. The diagnosis of cutaneous polyarteritis nodosa was made, a not very frequent entity, with a more benign course than the classic form.

Key words: cutaneous polyarteritis nodosa, livedo reticularis, leucocitoclastic vasculitis.

Bibliografía

1. Daoud MS, Hutton KP, Gibson LE. Cutaneous periarthritis nodosa: a clinicopathological study of 79 cases. *Br J Dermatol* 1997; 136(5):706-713.
2. Choonhakarn C, Jirattanapochai K. Cutaneous polyarteritis nodosa: a report of a case associated with melioidosis (*Burkholderia pseudomallei*). *Int J Dermatol* 1998; 37(6):433-436.
3. Núñez Giraldo A, et al. Panarteritis nudosa cutánea infantil. *Anales Españoles de Pediatría* 2001; 54:506-509.
4. Bauza A, Espana A, Idoate M. Cutaneous polyarteritis nodosa. *Br J Dermatol* 2002; 146(4):694-649.

