

Lesiones ulceronecroticas en miembros inferiores

Necrotic-ulcers in lower extremities

Luciana Pedrozo,¹ Sonia Rodríguez Saa,² Otilia Peláez³ y Raúl Villa⁴

Caso clínico

Varón de 52 años, con antecedentes de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis desde 2007, hipertensión arterial e hiperparatiroidismo secundario, con mala adherencia al tratamiento. Consultó por presentar lesiones ulceronecroticas dolorosas en miembros inferiores de 3 meses de evolución.

Al examen físico se observó en miembros inferiores áreas eritematopurpúricas de aspecto livedoide y placas necróticas, algunas con bordes netos y otras irregulares (fotos 1 y 2). Además, se evidenció úlcera de bordes netos, con fondo granuloso, piel perilesional eritematosa y olor fétido (foto 3).

Exámenes complementarios: Hto 31,3%, Hb 9,8 g/dl, uremia 58 mg/dl, creatinina 5,37 mg/dl, PCR + 96 mg/l, calcio 10,09 mg/dl (VN 8,5-10,5 mg/dl), fosfatemia 7,3 mg/dl (VN 3-4,5 mg/dl), PTH 930 pg/ml (VN 16-65 pg/dl). Se realizó radiografía de miembros inferiores en la cual se observaron calcificaciones vasculares. Se realizó eco-Doppler arterial y venoso de miembros inferiores, que mostró engrosamiento miointimal difuso con placas ateromatosas leves. La ecografía de paratiroides informó dos imágenes nodulares redondeadas con contornos regulares, hipoeoicas y algo heterogéneas con vascularización tanto peri como intralesional. Se realizó ecocardiograma transtorácico, en el que se observó una vegetación en la válvula aórtica y otra en la válvula mitral.

El estudio histopatológico evidenció úlcera cutánea con inflamación aguda y fenómenos reparativos con depósitos de calcio en la túnica media e hiperplasia intimal de vasos dérmicos e hipodérmicos (foto 4). El cultivo fue positivo para *Escherichia coli* productora de BLEE (betalactamasa de espectro extendido) (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(4): 299-302).

Fecha de recepción: 30/04/2013 | **Fecha de aprobación:** 06/05/2013

¹ Residente de 3º año de Dermatología

² Médica dermatóloga, instructora docente de Dermatología

³ Médica de planta del Servicio de Dermatología

⁴ Jefe del Servicio de Dermatología

Servicio de Dermatología, Hospital del Carmen, Obra Social de Empleados Públicos (OSEP), Joaquín V. González 245, Godoy Cruz, Mendoza, República Argentina.

Correspondencia: Luciana Pedrozo. luli_pedrozo@yahoo.com.ar



Foto 1. Placa necrótica en cara lateral externa del miembro inferior izquierdo.



Foto 2. A mayor aumento, placa necrótica de bordes irregulares y áreas eritematopurpúricas de aspecto livedoide.



Foto 3. Úlcera en miembro inferior derecho, de bordes netos y fondo con tejido de granulación, adyacente a pequeña área necrótica.

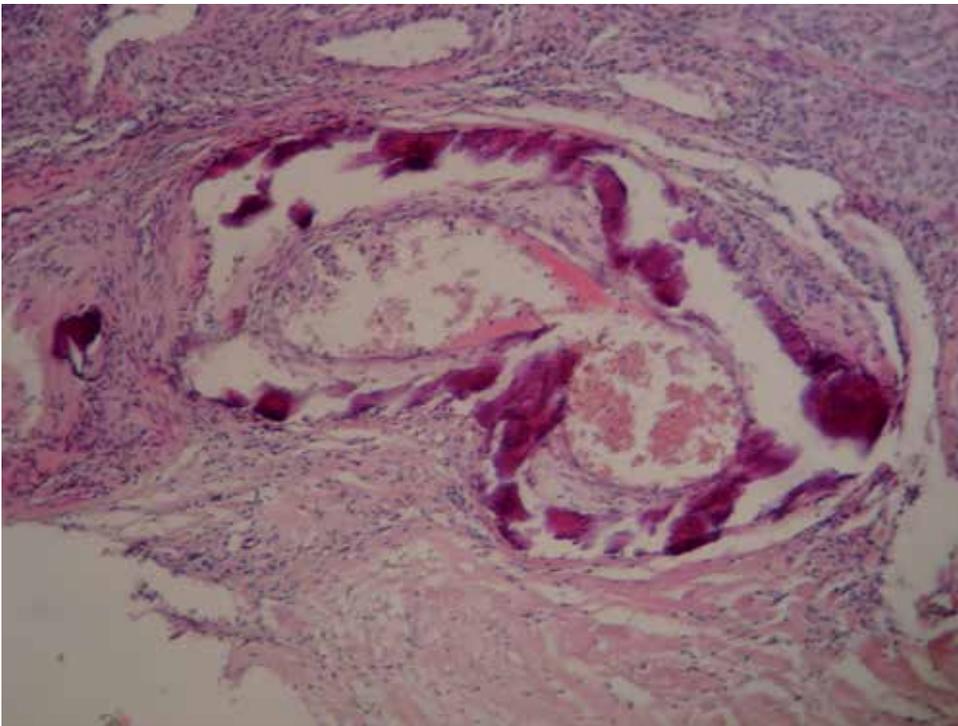


Foto 4. (HyE, 40x) Depósito de calcio en túnica media de un vaso de pequeño calibre.

Diagnóstico

Calcifilaxis, úlcera infectada por *E. Coli* productora de BLEE.

Evolución

Se inició tratamiento antibiótico con meropenem-vancomicina, ya que se le diagnosticó además una endocarditis bacteriana. Se realizó debridamiento quirúrgico de las úlceras y durante diálisis se realizó control estricto de calcemia y fosfatemia. Se decidió comenzar con cinacalcet 30 mg/día y se programó paratiroidectomía.

Comentarios

La calcifilaxis se considera una enfermedad poco frecuente, discapacitante y de mal pronóstico, caracterizada por la calcificación de vasos de pequeño y mediano calibre. Su prevalencia es igual en ambos sexos y su patogenia es multifactorial.^{1,2} Forma parte del grupo de las calcinosis cutis.^{3,4} Se presenta en pacientes con insuficiencia renal en diálisis y trasplantados renales con una prevalencia del 1 y el 4,1% respectivamente.^{1,5} Es frecuente el hallazgo de un hiperparatiroidismo secundario como consecuencia de la elevación de los productos fosfocálcicos. Con menor frecuencia se la asocia a neoplasias, hepatopatías, enfermedades autoinmunes, trastornos de hipercoagulabilidad y con fármacos como glucocorticoides, vitamina D, calcitriol, warfarina y drogas quimioterápicas.¹

El cuadro clínico es fundamental para el diagnóstico de esta enfermedad. Se inicia con nódulos subcutáneos o placas rojo-violáceas con patrón livedoide, localizadas típicamente en zonas muy vascularizadas y con grueso panículo adiposo, como abdomen, muslos y glúteos.^{1,3,6,7}

Dichas lesiones rápidamente progresan a escaras y úlceras necróticas dolorosas, que no curan, que con frecuencia se infectan y evolucionan a gangrena húmeda y sepsis, con una tasa de mortalidad del 80%.⁷ La evolución puede ser de semanas a meses.¹

Es necesario solicitar analítica general que incluya calcio, fósforo y niveles de paratohormona (PTH), los cuales estarán elevados.^{1,7} El estudio anatomopatológico corrobora

el diagnóstico de calcifilaxis y muestra depósitos de calcio localizados en la túnica media de vasos de pequeño y mediano calibre de dermis reticular y tejido celular subcutáneo. También es posible encontrar en dichos vasos fibrosis, hiperplasia de la íntima y ocasionalmente trombosis. Además hay necrosis de adipocitos e infiltrado inflamatorio de neutrófilos, linfocitos e histiocitos en el tejido subcutáneo.³ Otros estudios como radiografías y TAC permiten observar calcificaciones lineales de los vasos, pero son inespecíficos para establecer su diagnóstico.⁷

Los diagnósticos diferenciales son múltiples, tales como enfermedad vascular periférica, úlceras venosas, vasculitis leucocitoclástica, pioderma gangrenoso, calcificación distrófica, coagulación intravascular diseminada, paniculitis, necrosis cutánea inducida por warfarina y fenómeno aterioembólico.^{1,7}

El tratamiento se basa en un trabajo multidisciplinario que consiste en prevención primaria, curaciones diarias y profilaxis de infección, debridamiento de tejido necrótico, fármacos como tiosulfato de sodio, cinacalcet, palmidronato y etidronato disódico. En los casos de hiperparatiroidismo secundario que no resuelve con la medicación, está indicada la paratiroidectomía parcial o total.^{1,5,7}

Bibliografía

1. Ng A., Peng D. H., Calciphylaxis, *Dermatol. Ther.*, 2011, 24: 256-262.
2. Hussein M., Ali H., Abdulwahed S., Argoby Y. et al. Calciphylaxis cutis: a case report and review of literature, *Exp. molpathol*, 2009, 86: 134-137.
3. Reiter N., El-Shabrawi L., Leinweber B., Berghold A. et al. Calcinosis cutis, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2011, 65: 1-10.
4. Zambelli C., Beruschi M., Dancziger E. Calcinosis cutis idiopática circumscripta. Comunicación de un caso, *Dermatol. Argent.*, 2011, 18: 62-63.
5. Yeh S.M., Hwang S.J., Chen H.C. Treatment of severe metastatic calcification in hemodialysis patient, *Hemodial. Int.*, 2009, 13: 163-167.
6. Bruculeri M., Haydon A. Calciphylaxis presenting in early chronic kidney disease with mixed hyperparathyroidism, *Int. J. Nephrol. Renovasc. Dis.*, 2011, 4: 157-160.
7. Pujar T., Spinello I., A 44 year-old lady with chronic renal disease and intractable ulcers: a case report, *Int. Arch. Med.*, 2009, 2: 22-27.
8. Brandenburg V., Kramann R., Specht P., Ketteler M. Calciphylaxis in CKD and beyond, *Nephrol. Dial. Transplant.*, 2012, 27: 1314-1318.