

Trabajo original

Úlceras inmunológicas de extremidades pélvicas

Dr. Omar Abisaí Ramírez Saavedra*

RESUMEN

Objetivo: Mostrar una serie de pacientes diagnosticados con úlceras de extremidades pélvicas de origen inmunológico.

Material y métodos: De mayo de 2005 a mayo de 2008 se estudiaron de forma retrospectiva, longitudinal los expedientes de 15 pacientes tratados en consulta privada en un periodo de tres años, incluyendo todas las edades, ambos sexos, diagnosticados por clínica, estudios de gabinete y de laboratorio como portadores de úlceras inmunológicas.

Resultados: Se encontraron tres hombres y 12 mujeres con edades de 25 a 83 años, media de 58 años y úlceras de extremidades; los diagnósticos fueron de artritis reumatoide (AR): siete, lupus (LES): cuatro, esclerodermia (ES): uno, dermatosis neutrofílica, síndrome de Sweet: uno, anemia hemolítica autoinmune: uno, Síndrome de Sjögren: uno. Las pruebas inmunológicas más comúnmente encontradas fueron el factor reumatoide y la velocidad de sedimentación globular; el éxito de cicatrización fue de 87% y las recidivas fueron cinco (33%). Siete pacientes requirieron procedimientos en quirófano de variables grados de complejidad.

Conclusiones: Las úlceras inmunológicas son entidades complejas que tiene un aceptable porcentaje de cicatrización, pero con un alto rango de recidiva, la respuesta al manejo con esteroides es aceptable y su uso indispensable, algunos pacientes pueden ameritar procedimientos quirúrgicos para mejorar el flujo sanguíneo o erradicar la infección.

Palabras clave: Úlceras inmunológicas de extremidad, atípicas, cicatrización de heridas.

ABSTRACT

Objective: To present a patients review with immunologic limb ulcer diagnosis.

Material and methods: From May 2005 to May 2008 we studied in a retrospective method 15 patients treated into a private hospital including all with immunologic limb ulcers, all ages, both sex, and diagnosed with clinic and lab test.

Results: We found three men and 12 women with an average age of 58 years and immunologic limb ulcers; the principal immunologic disease was rheumatoid arthritis; the wound healing success was 87%, 33% had reulceration and 13% of the patients had not healed.

Conclusions: The immunological ulcers are complex entities that have an acceptable rate of healing, but a senior recurrence, they seem to respond adequately to steroids and disease modifying drugs, some patients may need surgical procedures to improve blood flow or eradicate the infection.

Key words: Immunologic limb ulcer, wound healing, atypical ulcer.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras en general tienen una prevalencia superior a 1% dentro de la población. Las úlceras de etiología arterial neuropática y venosas conforman

95% de las úlceras de las extremidades; 5% restante corresponde a las úlceras de origen infrecuente.¹ La clasificación más útil de las úlceras es por su etiología, así clasificamos a las úlceras en venosas, arteriales, neuropáticas y de origen infrecuente,

* Jefe de la Clínica de Enfermedades Vasculares y Obesidad (CLEVO), Hospital Médica 2002. Angiólogo, Cirujano General y Vascular.

que es donde pueden ubicarse las úlceras secundarias a poliomiелitis, artritis reumatoide, arteritis como la enfermedad de Wegener, la hipertensión arterial, la enfermedad leucocitoclástica, e inclusive, enfermedades hematológicas. Las causas más comunes de úlceras inmunológicas (también llamadas vasculíticas) son la artritis reumatoide, lupus sistémico y poliarteritis nodosa. Las discrasias sanguíneas que conducen con más frecuencia a úlceras en la pierna son la drepanocitosis, talasemia, trombocitopenia y policitemia vera.^{2,3} Para diagnosticar las úlceras vasculíticas se recomienda la valoración clínica que pondrá de manifiesto hallazgos compatibles con patología específica (artritis reumatoide, lupus, etc.). Estas úlceras tienen las siguientes características:

- Se localizan fundamentalmente en la cara externa de la pierna y del pie.
- Clara predilección por el sexo femenino. Suelen afectar a mujeres mayores de 60 años, con frecuente asociación a hipertensión y diabetes.
- Suelen tener un fondo fibroso amarillento, un contorno y expansión geográficos.
- Suele existir un importante componente inflamatorio que se aprecia en el rodete y la tendencia a la expansión parcelar que suelen tener.
- Son úlceras muy dolorosas.

Deben realizarse los estudios complementarios que excluirán las de origen más común,^{4,5} definitivamente el ultrasonido vascular es el mejor aliado y ante el hallazgo de un sistema circulatorio sano se solicitarán pruebas específicas de enfermedades sistémicas (anticuerpos, complemento) o hematológicas; además es indispensable coordinar con reumatología o medicina interna el manejo. Tener en

cuenta este flujograma tendrá por consecuencia un diagnóstico exacto y oportuno tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Describimos la experiencia del manejo de nuestros pacientes con úlceras de extremidades y compromiso inmunológico atendidos en medio privado de mayo de 2005 a mayo de 2008, recabando la historia clínica desde la consulta inicial en una base de datos Excel incluyendo las variables a estudiar y el seguimiento que en algunos casos fue de cuatro años, analizando la ubicación de las úlceras, el éxito en cicatrización, recidivas, pruebas inmunológicas y tratamientos quirúrgicos adyuvantes, como objetivos principales.

RESULTADOS

De mayo de 2005 a mayo de 2008 diagnosticamos y tratamos a 15 pacientes, tres hombres y 12 mujeres con edades de 25 a 38 años y una media de 58 años. Los diagnósticos fueron artritis reumatoide: siete pacientes, lupus: cuatro pacientes (*Figuras 1 y 2*), esclerodermia: un paciente, dermatosis atrófica síndrome de Sweet: un paciente, anemia hemolítica autoinmune: un paciente y síndrome Sjögren: un paciente. Las pruebas inmunológicas que se realizaron fueron evaluadas por un médico reumatólogo y las más evidentes fueron el factor reumático (*Figuras 3 y 4*), la velocidad de sedimentación globular, Inmunoglobulina A, Inmunoglobulina G, Anticuerpos Antifosfolípidos, Anticuerpos Anticardiolipina, células LE, Anticuerpos antinucleares; un paciente (síndrome de Sweet) fue sometido a biopsia cutánea corroborando diagnóstico.

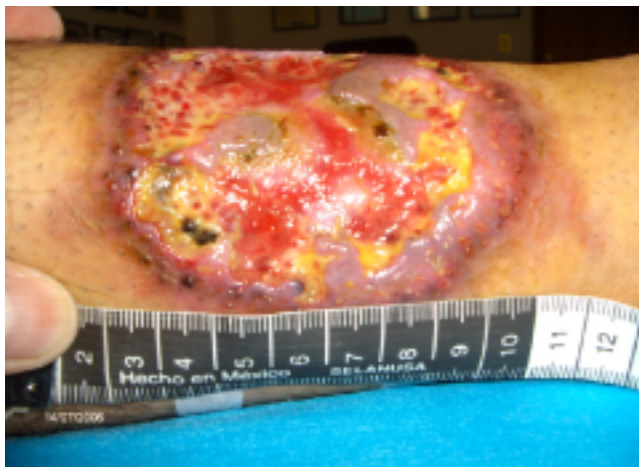


Figura 1. Úlcera por lupus activa.



Figura 2. Úlcera por lupus cicatrizada.



Figura 3. Úlcera por artritis reumatoide activa.



Figura 4. Úlcera por artritis reumatoide cicatrizada.

El tratamiento farmacológico involucró meticorten en nueve pacientes (60% de los casos), prednisona cinco pacientes y plaquenil un paciente, otros medicamentos inmunodepresores utilizados en combinación fueron: azatriopina, deflazacort, ciclofosfamida, colchiquicina. Fueron antiagregados 74% (11 pacientes) y anticoagulados 26% (cuatro pacientes). El tiempo de presentación previo de las úlceras fue de dos meses a ocho años con una media de 33 meses. Las úlceras se ubicaron seis en extremidad derecha, siete en extremidad izquierda y dos bilateral; involucrando el tobillo 10 pacientes (67%), pie y/o talón cuatro pacientes (27%) y otra región un paciente (16%). Nueve pacientes (60%) se presentaron con infección.

El tratamiento tópico de las heridas fue húmedo en 100% y se utilizaron apósitos hidrocoloides y de plata en siete pacientes (47%), combinaciones con vaselina y antibiótico tópico en pomada y zinc en

ocho pacientes (53%), en 100% se utilizó vendaje con venda normal y en cuatro vendaje, en las infecciones curación y cambio diario de venda y posteriormente variando hasta cada cuatro días.

Hubo seis pacientes que ameritaron siete procedimientos quirúrgicos, dos pacientes simpatectomía lumbar abierta (uno de ellos con injerto cutáneo posteriormente), un paciente simpatectomía lumbar laparoscópica, dos lavado quirúrgico (*Figuras 5 y 6*) y uno esplenectomía. El manejo del dolor ameritó bomba de infusión en tres pacientes. El tiempo de cicatrización fue de dos a 28 semanas con una media de 12.5 semanas con un éxito de 87%. Las recidivas fueron cinco (33%), cuatro a los 12 meses y una a los ocho meses, estas recidivas también cicatrizaron y en menor tiempo que la previa. Dos pacientes no han cicatrizado hasta la fecha, el segui-



Figura 5. Úlceras infectadas, esclerodermia.



Figura 6. Úlceras cicatrizadas, esclerodermia.

miento ha sido de uno a cuatro años con una media de dos años siete meses.

DISCUSIÓN

Las úlceras con compromiso inmunológico se presentan en nuestra serie con mayor frecuencia en el sexo femenino, como ha sido descrito en otros estudios y tiene relación con la cronicidad y los cambios cutáneos condicionados por la enfermedad o por el uso crónico de esteroides. La edad de afección de nuestros pacientes fue en promedio de 58 años; tomando en cuenta todas las etiologías, en general el primer episodio de las úlceras de la extremidad inferior se presenta, en 50% de los casos antes de los 50 años y una de cada tres úlceras recidiva en un periodo no superior a los nueve meses, pudiendo llegar a 60% al cabo de cinco años.^{6,7}

La artritis reumatoide es la enfermedad que tiene mayor incidencia y por lo tanto mayor número de casos. Es importante que se cuente en todo momento con el apoyo de un reumatólogo quien decidirá el tratamiento con inmunomoduladores y estudios para clasificar la enfermedad y establecer el pronóstico del paciente. Respecto a la cicatrización, muchos de los medicamentos que deben tomar estos pacientes, por su patología de base, retardan la cicatrización. Un buen ejemplo de éstos lo constituyen los esteroides, los cuales paradójicamente en algunas ocasiones deben aumentarse para disminuir el grado de inflamación local.⁸ En nuestra serie el que se administró con mayor frecuencia como base del tratamiento sistémico fue el meticorten.

Además de estos parámetros se debe tomar en cuenta la desnutrición calórico proteica, que disminuye la fuerza tensil de la cicatriz. El déficit proteico determina una disminución de la multiplicación de fibroblastos, de la neoangiogénesis y de la síntesis del colágeno tipo III y su transformación en tipo I. Junto a esto al disminuir la ingesta calórica, aumenta el catabolismo proteico con lo que se agrava el cuadro. Por otra parte el déficit de vitaminas A y E provoca una disminución de la respuesta inflamatoria mientras un aporte en exceso aumenta la inflamación. La vitamina C participa en la formación de colágeno, por lo que su falta también podría provocar un retardo de la cicatrización.⁹ La baja frecuencia de este padecimiento ocasiona su diagnóstico tardío y así encontramos úlceras con 33 meses de evolución en promedio hasta el momento de la consulta, en general el dolor es el motivo principal de referencia. El tobillo es el área más frecuente, sin embargo sitios atípicos como el dorso del pie o talón pueden presentarse siendo confundidos con úlceras por insuficiencia arterial, tuvimos incluso

un paciente con úlceras en el pie y en la región escapular. Los enfermos de LES desarrollan entre 2 y 8% úlceras de las piernas y en otras patologías como la esclerosis sistémica progresiva la incidencia puede llegar a ser hasta 35%.¹⁰

El tratamiento local es básicamente la desbridación autolítica y la cura húmeda.¹¹ Las úlceras infectadas fueron tratadas de acuerdo al Consenso Internacional de Práctica Clínica en Infección de Heridas;¹² sin embargo, aunado al tratamiento sistémico y local algunos pacientes requirieron procedimientos en quirófano: dos pacientes lavados quirúrgicos, injerto de piel en una paciente, simpatectomía en tres pacientes, una de ellas con una úlcera del dorso del pie con dolor intenso y mal tejido de granulación durante cuatro semanas de tratamiento inicial; se decidió colocar bomba de infusión para: a) control del dolor, b) vasodilatación y c) prueba terapéutica previa a la simpatectomía. Con la mejoría de estos parámetros se decidió la simpatectomía laparoscópica con retiro de la bomba de infusión a los cinco días y mejoría de lechos a las dos semanas con cicatrización a las cuatro semanas, este caso ejemplifica nuestro proceder para decidir la posibilidad de una simpatectomía en nuestros pacientes, sabiendo que puede ser motivo de controversia. Aunque realizamos simpatectomías abiertas estamos convencidos de que la cirugía endoscópica es la de elección. Otra paciente con simpatectomía lumbar izquierda por LES vasculitis y úlceras de dorso y talón cicatrizó pero posteriormente a los nueve meses presentó una úlcera y vasoespasmo de vasos tibiales de la pierna contra lateral, evaluada con arteriografía, lo que condicionó isquemia y no cedió a tratamiento, progresando a necrosis distal y siendo sometida a amputación. Finalmente uno de nuestros casos tuvo que ser sometido a esplenectomía por anemia hemolítica, esplenomegalia, falla al tratamiento con esteroides y úlcera anular recidivante.

Esto demuestra que ninguna úlcera y en especial las de etiología infrecuente deben ser tratadas como un problema local y es ahí donde la preparación de un cirujano vascular se hace indispensable, sobre todo ahora que han proliferado tantos centros para curación de heridas donde los encargados no tienen la óptica necesaria y retardan los tratamientos adyuvantes a la terapia local como sucedió en uno de nuestros casos. Dos de nuestros pacientes no cicatrizaron, uno con prueba terapéutica positiva para simpatectomía y la rechazó, tiene diagnóstico de LES e infecciones recurrentes; en el otro fracaso solamente logramos la cicatrización de 80% a pesar del tratamiento, fue la paciente esplenectomizada y falleció a los cuatro meses por otras

complicaciones de su enfermedad. Es importante justificar con el paciente los cuidados que deberá tener por siempre y la cita a consulta por lo menos una vez al año comentándole la recidiva que pueden tener estas úlceras (33%) en nuestra serie.

CONCLUSIONES

Las úlceras inmunológicas tienen buen pronóstico cuando se integra un equipo multidisciplinario. La terapia local fracasará sin el uso de esteroides. La extremidad puede estar en riesgo siendo necesario en algunas ocasiones realizar procedimientos quirúrgicos. La pérdida de la extremidad es una complicación lejana y desafortunada que puede ocurrir.

REFERENCIAS

1. Llana-Coto JM. Diagnóstico diferencial y tratamiento general de las úlceras vasculares. *Angiología* 2003; 55(3): 268-71.
2. Rodríguez M. Simposio sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras de Etiología Vascular. *Angiología* 2003; 55(3): 260-7.
3. Graham ID, Harrison MB, Nelson EA, Lorimer K, Fisher A. Prevalence of lower-limb ulceration: a systematic review of prevalence studies. *Adv Skin Wound Care* 2003; 16: 251-8.
4. Hospedales J, Ferré J, Mestres J. Úlceras de las EEII: diagnóstico diferencial y guía de tratamiento. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular* 2001; 74(4): 253-70.
5. Moreno-Carriles RM. Epidemiología, clasificación y diagnóstico diferencial de las úlceras vasculares. *Angiología* 2005; 57(Supl. 1): S1-S24.
6. Bosanquet N, Franks P, Moffatt C, Connolly M, Oldroyd M, Brown P, et al. Community leg ulcer clinics: cost effectiveness. *Health Trends* 1993; 25: 146-8.
7. Callam MJ, Ruckley CV, Harper DR, Dale JJ. Chronic ulceration of the leg: extent of the problem and provision of care. *Br Med J* 1985; 290: 1855-6.
8. Krasner D, Kane D. Co-factors in impaired wound healing. *Ostomy and Wound Management* 1996; 42(2).
9. Kinney JM, Jeejeebhoy KN, Hill GL, Owen OE. Nutrition and metabolism in patient care. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1988, p. 635-42.
10. Riveri LP, Valenzuela LO. Manejo de las heridas en el paciente reumatológico. *Reumatología* 2001; 17(2): 61-9.
11. Abejón-Arrollo A. Tratamiento local de las úlceras vasculares. *Angiología* 2003; 55(3): 272-9.
12. Wound Infection in Clinical Practice. An International Consensus. *Int Wound J* 2008; 5(3): 1-11.

Correspondencia:

Dr. Omar Abisaí Ramírez Saavedra
Emiliano Zapata 630
Col. Reforma
C.P. 68050, Oaxaca, Oax.
Tel.: 045 951 1173016
Correo electrónico: omaramairez@hotmail.com