

Sección interactiva

VASCULITIS REUMATOIDE

Dras. Verónica Estrella y María Bibiana Leroux. Rosario, Arg.



La artritis reumatoide es una enfermedad de origen desconocido, poliarticular cuya manifestación predominante consiste en la inflamación simétrica de los tejidos sinoviales, que puede conducir a diferentes grados de incapacidad funcional. Es una enfermedad distribuida por todo el mundo, se da en ambos sexos, pero la incidencia es mayor en mujeres.

Si bien el componente articular es la característica que define a esta patología, la intensa inflamación puede afectar a otros órganos tales como el ojo, corazón, aparato digestivo, pulmones y piel.

El compromiso cutáneo es una de las manifestaciones extraarticulares más comunes de esta enfermedad. Y las mismas pueden ser clasificadas en específicas y/o características (nódulos reumatoideos, pápulas reumatoideas, vasculitis reumatoidea y úlceras como las más frecuentes); y como inespecíficas eccema, micosis superficiales, impétigos, etc..

La vasculitis reumatoidea afecta en un 2 a 5 % a los pacientes con Artritis Reumatoidea. Las vasculitis tienen manifestaciones cutáneas que son indistinguibles de las vasculitis de cualquier otra enfermedad. (Foto A) La afectación de vasos arteriales de pequeño o mediano calibre, da origen a la arteritis reumatoidea, cuyas lesiones vasculares se denominan infartos digitales o microinfartos periungueales. Constituyen la lesión típica de vasculitis cutánea, esta consiste en microinfartos, llamadas lesiones de Bywaters, de 1 a 2 mm de diámetro, que aparecen en grupos sobre los pulpejos digitales. (Foto B-C) En un principio, los elementos son blancos rosados, luego se tornan parduscos e hiperqueratósicos. A menudo dolorosos, pueden ulcerarse dejando cicatrices atróficas.

Las lesiones de Bywaters son más frecuentes en el sexo femenino y en los pacientes que han recibido largos tratamientos con corticoides. Estas necrosis digitales, se hallan relacionadas con la presencia de nódulos reumáticos y altos títulos de factor reumatoideo y en la mitad de estos pacientes existe factor antinúcleo positivo.

En otras áreas cutáneas, pueden desarrollarse vasculitis purpúricas y necróticas, dolorosas, recubiertas por una costra hemática, que puede caer dejando una ulceración.

En algunos pacientes puede detectarse una dermatitis papulosa asintomática o eritematosa con prurito y ardor. Son elementos indurados de 0,5 a 1 cm de diámetro que se distribuyen simétricamente a nivel de codos y rodillas. El examen histológico demuestra la presencia de vasculitis leucocitoclástica. Estas pápulas aparecen con anterioridad a otras manifestaciones cutáneas, representarían el primer estadio de la vasculitis reumatoidea y un marcador precoz de la AR.

(Foto D)

En ocasiones, se instalan gangrenas digitales que en pocos días pueden afectar gran parte de un pie o mano. Además pueden coexistir úlceras de pierna, de tipo varicoso, que predominan en las mujeres, y úlceras de tipo arterial, profundas, en sacabocados, más frecuentes en los varones. Las lesiones se asocian con nódulos y factor reumatoideo. (Foto E-F)

Estas vasculitis pueden observarse como fenómeno de rebote, al suprimir dosis altas y prolongadas de corticoides. También se han descrito ampollas, livedo reticular y pioderma gangrenoso. (Foto G) No se acompañan en general de afección vasculítica visceral sistémica. Se pueden presentar lesiones de vasculitis reumatoidea sistémica, al igual que la anteriormente descrita, afecta arterias musculares pequeñas o medianas. Es una entidad bien definida, caracterizada por lesiones cutáneas, neurológicas y viscerales. Se estima que menos de un 1% de enfermos con AR desarrollan una vasculitis reumatoidea sistémica.

No existe ningún estudio controlado sobre el tratamiento de la vasculitis reumatoidea sistémica, pero el uso simultáneo de ciclofosfamida y corticoides en dosis y pauta similar a la empleada en las vasculitis necrosantes sistémicas parece controlar esta enfermedad. También se han obtenido resultados satisfactorios con prednisona y azatioprina.



Inter consulta a dermatología

Ambos pacientes con artritis reumatoidea como enfermedad de base llegan a nuestra consulta derivados desde reumatología.

Cuál es la primera impresión diagnóstica?

Estas lesiones son en apariencia causada por la enfermedad de base?

Que estudios sugiere al reumatólogo?

Existe algún estudio de laboratorio que permite confirmar o descartar entidades asociadas?

Realiza biopsia de piel?



Caso nº1:

Paciente femenina de 48 años de edad con artritis reumatoidea de larga evolución. Realiza tratamientos en forma intermitente con dosis bajas de corticoides y anti inflamatorios no esteroides que se auto-regula según su sintomatología. Vive con su familia y es ama de casa. Antecedentes personales patológicos: hipertensión arterial medicada con atenolol 50 mg/d desde hace dos años.

Concurre a la consulta luego de 8 meses sin control reumatológico debido la súbita aparición de lesiones cutáneas en punta de dedos de manos y debajo de la uña. Refiere dolor como pinchazos en puntas de dedos de ambas manos.

Caso nº2:

Paciente masculino de 55 años de edad portador de artritis reumatoidea desde hace 18 años, fumador de jerarquía, que está medicado con leflunomida 20 mg/d desde hace 8 meses con buena tolerancia y resultado terapéutico moderado. Vive solo y trabaja esporádicamente como auxiliar de carpintero.

Concurre a la consulta por dermatosis localizada en punta de dos dedos de la mano de tres meses de evolución. El paciente relata haberse lastimado en su trabajo y realiza curaciones caseras sin mejoría llegando al estado actual. Refiere molestias ocasionales, no dolor. La aspereza de las lesiones le incomoda al vestirse.

A PARTICIPAR !!!!!!!!!!!