

## Poliarteritis nodosa cutánea.

Elva Moncayo S<sup>1</sup>, Daniela Jara A<sup>1a</sup>, Patricio Madrid S<sup>2</sup>, Sergio González B<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Dr. Sótero del Río; <sup>2</sup>Servicio Anatomía Patológica, Hospital Dr. Sótero del Río; <sup>3</sup>Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile; <sup>a</sup>Médico Cirujano.

Paciente sexo femenino, 23 años, historia de 2 años con lesiones en extremidades superiores e inferiores y abdomen, refiriendo ser dolorosas. Éstas se mantienen 1 a 2 meses con curación espontánea. Refiere artralgias y fiebre autolimitada, en relación a aparición de lesiones. Antecedentes mórbidos presenta hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, hipotiroidismo, nódulos tiroideos, infertilidad primaria e hígado graso.

Al examen físico destaca nódulos eritematosos de consistencia aumentada en cara posterior de pierna derecha, con pústula central, sin aumento de calor local, dolorosos a la palpación.

Se sospechó eritema nodoso y tomó biopsia. Se observa piel con ortoqueratosis, dermis e hipodermis con múltiples lesiones con tendencia a coalescer. Se caracterizan por edema, hemorragia, necrosis focal y acentuado proceso inflamatorio con abundantes polimorfonucleares, linfocitos e histiocitos, los cuales rodean vasos sanguíneos a manera de manguito. Además compromiso inflamatorio en pared de vasos de pequeño y mediano tamaño, necrosis fibrinoide, oclusión del lumen vascular y leucocitoclasia. Se identifican granulomas en zonas de destrucción tisular. Se concluye vasculitis leucocitoclástica dermo-hipodérmica extensa y difusa con hemorragia y necrosis, concordante con poliarteritis nodosa (PAN).

La PAN, vasculitis de pequeño y mediano vaso, que puede comprometer piel, riñón, corazón, tracto gastrointestinal e hígado. La PAN cutánea como hallazgo inicial, se presenta con nódulos subcutáneos, dolorosos, localizados en piernas (97%), brazos (33%) y tronco (8%). Además presenta ulceraciones, púrpura, livedo en algunos casos. Son frecuentes las manifestaciones extracutáneas; neuropatía (22%), fiebre (30%), mialgias (31%) artralgias (69%) síntomas generalmente transitorios. Afecta todas las edades, levemente mayor en mujeres (1:1,7). Existe asociación con streptococo  $\beta$  hemolítico grupo A (niños), virus hepatitis B y C, enfermedad inflamatoria intestinal, parvovirus B-19, tuberculosis y minociclina.

Puede existir anemia leve, leucocitosis moderada, VHS elevada (60% pacientes), títulos elevados de Antiestreptolisina O. Tanto ANA, VDRL, factor reumatoideo, crioglobulinas y ANCA



son habitualmente negativos, al igual que en nuestra paciente. Exámenes radiológicos se requieren para investigar compromiso sistémico, pese a que la progresión es poco frecuente.

En casos de eritema se pueden utilizar antiinflamatorios no esteroideos, colchicina, como también corticoides tópicos. Corticoides orales están indicados cuando existe ulceración, necrosis, dolor intenso, síntomas extracutáneos. Medicamentos inmunosupresores se agregan al corticoide, para luego mantenerse como monoterapia.

El pronóstico de PAN cutánea es bueno, generalmente de evolución crónica con periodos de recaídas y remisiones, que ocurren de forma espontánea. Existen reportes de progresión a cuadro sistémico, el que se debe sospechar en pacientes con alteraciones inmunológicas y lesiones cutáneas recurrentes.

### Referencias bibliográficas

- Morgan AJ, Schwartz RA. Cutaneous polyarteritis nodosa: a comprehensive review. *Int J Dermatol.* 2010;49(7):750-756.
- Rogalski C, Sticherling M. Panarteritis cutanea benigna – an entity limited to the skin or cutaneous presentation of a systemic necrotizing vasculitis? Report of seven cases and review of the literature. *Int J Dermatol.* 2007;46(8):817-821.

**Correspondencia:** Daniela Jara A.

**Correo electrónico:** danielajaraa@gmail.com