

## Perniosis

Marco Arturo Quispe Suárez<sup>a,\*</sup> y Teresa Mariné<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Interno Residente 4.º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Santa Coloma 1 (Can Mariner). Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Médico Adjunto. Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Fundació Hospital l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. España.

\*Correo electrónico: arturo\_m10@hotmail.com

### Cuestiones para recordar

- La perniosis es una arteriopatía funcional caracterizada por vasoconstricción arteriolar distal, también denominada eritema del frío.
- La exposición al frío es el factor desencadenante, se plantea un proceso que puede afectar al sistema arterial y venoso.
- Los factores ambientales juegan un papel clave, frecuente en los países del noroeste de Europa (condiciones climáticas de frío y humedad).
- La historia clínica y las lesiones nos orientarán el diagnóstico. Si existen dudas, se deberá realizar una biopsia.
- Una capilaroscopia patológica, generalmente está asociada a enfermedad autoinmune.
- Se debe prevenir en estación fría con ropa adecuada de abrigo y con calefacción en la vivienda.
- El tratamiento es sintomático mediante el uso de corticoides tópicos. Algunos estudios recomiendan administración profiláctica de nifedipino por su efecto vasodilatador periférico.

**Palabras clave:** Perniosis • Exposición al frío • Eritema.

La perniosis puede ser idiopática o asociada a otras patologías como el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, de origen genético y/o inmune, anorexia nerviosa u otras patologías asociadas a bajo peso, procesos hematológicos, etc.

Su diagnóstico es clínico, reservando el estudio microscópico y la capilaroscopia para el diagnóstico diferencial. Su tratamiento es sintomático mediante el uso de corticoides tópicos y bloqueadores de los canales del calcio<sup>1</sup>.

### Caso 1

Presentamos el primer caso de una mujer de 29 años que consultó en febrero de 2008 a la unidad de reumatología por aumento de volumen del segundo y tercer dedos de la mano izquierda con aparición posterior de lesiones purpúricas sobre las interfalángicas proximales (IFP) de dichos dedos y

4 IFP de la mano derecha, refiriendo historia similar años anteriores. Como antecedente patológico refería: rinitis por ácido acetilsalicílico, talasemia menor, y ser fumadora de 2-3 cigarrillos/día. En la exploración destacaban lesiones cutáneas tipo vasculíticas sobre segunda y tercera IFP izquierda y la cuarta IFP derecha con dolor a la palpación en todas las metacarpofalángicas de la mano izquierda, sin otra clínica asociada.

Valorada también por el servicio de dermatología, solicitaron biopsia de las lesiones con el resultado de vasculitis linfocítica de pequeño vaso.

Otros análisis mostraron: velocidad de sedimentación globular: 2, factor reumatoide (-), proteína C reactiva (-), virus B y C (-), parvovirus B9 (+) inmunoglobulinas G, crioglobulinas (-), anticuerpos antinucleares (-), anticuerpos anticito plasma de neutrófilo (-), complemento normal.

Se practicó capilaroscopia que fue normal. Cuatro meses después, volvió a presentar lesiones purpúricas en el segun-

do y tercer dedos de la mano izquierda con dolor a la presión de pequeñas articulaciones en manos. Se pautó indometacina 25 mg/8 h y buflomedil 600 mg/8 h con buena respuesta.

En febrero de 2012, volvió a consultar por otro cuadro similar en el segundo y quinto dedos de la mano izquierda, que según la paciente fue tratado con corticoides. Refirió, además, parestesias desde el último brote en el segundo y tercer dedos izquierdos.

En la exploración presentaba manos frías, con lesiones residuales del segundo dedo, sin lesiones vasculíticas, Tinel (+) en codo en la zona del epicóndilo derecho. Se pautó disminuir la dosis de corticoides de forma escalonada hasta su retirada, y se solicitó electromiograma que informó de síndrome de túnel carpiano leve, radiografía de tórax normal y analítica con velocidad de sedimentación globular 12, proteína C reactiva (-), factor reumatoideo (-), crioglobulina, anticuerpos anticito plasma de neutrófilo y anticuerpos antinucleares (-).

Finalmente, tras haberse realizado todos los estudios y obtener una capilaroscopia negativa, el cuadro se orientó como eritema pernio. Se pautó dextetoprofeno 25 mg/8 h durante unas semanas, y recomendaciones para la prevención de aparición de lesiones en épocas de frío (uso de guantes de lana), con controles posteriores con su médico de familia.

## Caso 2

Presentamos el segundo caso de un varón de 17 años, sin antecedentes patológicos destacables, que fue derivado a la unidad de reumatología desde atención primaria por lesiones en cara dorsal del segundo dedo de la mano derecha de un mes de evolución que inició con un eritema y posterior aparición de flictena. El paciente había sido tratado con pomadas locales sobreinfectándose la lesión, presentando dificultad para la flexión del dedo y cierta palidez cutánea. No refirió dolor ni fiebre.

En la exploración mostraba una lesión costrosa en la cara dorsal del segundo dedo de la mano derecha con eritema sugestivo de erisipela, cierta palidez cutánea en falange distal y flexión limitada por la tirantez en la piel. No presentaba adenopatías axilares ni cervicales. En radiografía de manos no se observaban lesiones óseas.

Conjuntamente con la unidad de dermatología fue etiquetado de posible eritema pernio sobreinfectado (fig. 1) con presencia de cianosis y palidez en las manos.

Se solicitó análisis, con los siguientes resultados: velocidad de sedimentación globular 9, proteína C reactiva (-), virus B y C (-), crioglobulinas (-), anticuerpos antinucleares 1/160 patrón homogéneo, anticuerpos anticito plasma de neutrófilo (-), resto batería (-). La capilaroscopia fue normal. Se inició tratamiento con pentoxifilina por su efecto vasodilatador periférico, dada la sospecha clínica de eritema pernio,



**Figura 1.** Lesión necrótica sobreinfectada sobre base eritematosa en cara dorsal de segunda falange del segundo dedo de la mano derecha.

con estudios complementarios negativos (inmunológicos y capilaroscópico).

La evolución de la lesión necrótica fue buena, con curas por segunda intención con asociación debridante (Iruxol®), suero fisiológico y yodo povidona (Betadine®), en su ambulatorio y seguimiento por el servicio de cirugía reparadora. Por persistencia de la limitación de la flexión, realizó fisioterapia en el servicio de rehabilitación, con resultado óptimo.

Tras 4 meses de seguimiento y curación de la lesión, fue dado de alta.

En ninguno de los 2 casos se estableció tratamiento de mantenimiento.

## Discusión

Los comúnmente llamados sabañones (del vocablo pernio<sup>1</sup>) son reacciones inflamatorias anormales de las áreas acras que aparecen tras la exposición al frío<sup>2</sup>. La mayor incidencia se da en épocas frías y/o en primavera, en adultos que trabajan al aire libre, siendo la incidencia más alta en mujeres.

Esta enfermedad, catalogada como arteriopatía funcional, forma parte de un conjunto de patologías agrupadas bajo el nombre de arteriopatías (tabla 1), cuyo proceso patológico

**TABLA 1. Procesos etiológicos de arteriopatía**

### Obliteración arterial

Aguda: embolia, trombosis o compresión extrínseca

Crónica: arterosclerosis

### Arteriopatías inflamatorias

Enfermedad de Buerger

### Arteriopatías funcionales

Fenómeno de Raynaud

### Aneurismas

### Fístulas arteriovenosas

### Eritema pernio

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470574>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470574>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)