

Úlceras en planta de pie, várices y liquen. Presentación de un caso

Félix Francisco Pace, Clelia Di Loreto, Paola Policichio, Laura Nicoletti, Andrea Ghio

Fundación FUNDAPREVE Argentina. Buenos Aires.

Flebología 2017;43:49-52

Resumen

Se trata de un paciente de 38 años de edad que ingresa a los consultorios de nuestra institución, Fundapreve Argentina, presentando úlceras en ambas plantas de pies con más de 1 año de evolución, con diagnóstico de liquen hipertrófico ulcerado,¹ asociado a insuficiencia venosa superficial no sistémica. Se procede a efectuar el protocolo de trabajo consistente en toilette quirúrgica con toma de biopsia y material para cultivo y antibiograma. Con posteriores implantes consecutivos de piel, obteniendo la epitelización de sus úlceras en un plazo de 60 días. El objetivo de la presentación es orientar el tratamiento para lograr la epitelización en el menor tiempo posible a estas úlceras múltiples en planta del pie asociada a esa enfermedad.

Palabras claves. Insuficiencia venosa, implantes de piel, úlceras plantares, liquen.

Ulcers in plant of foot, varices and lichen. Presentation of a case

Summary

This is a 38-year-old patient, who enters the offices of our institution: Fundapreve Argentina, presenting ulcers in both feet plants with more than¹ year of evolution, with diagnosis of ulcerated hypertrophic lichen,¹ associated with venous insufficiency superficial non-systemic.

The work protocol is performed, consisting of a surgical toilet, with biopsy and material for culture and antibiogram. With subsequent consecutive implants of skin, obtaining the epithelialization of their ulcers within a period of 60 days. The purpose of the presentation is to guide the treatment to achieve epithelialization in the shortest possible time to these multiple ulcers on the sole associated with that disease.

Key words. Venous insufficiency, skin implant, plantars ulcers, lichen.

Introducción

Las úlceras de miembros inferiores, sin ninguna duda, representan una dificultad singular en flebología debido a la multiplicidad de tratamientos que generalmente difieren entre los distintos autores.

Correspondencia: Félix Francisco Pace
Fundación FUNDAPREVE Argentina.
Arenales 1266 Piso 1 (1061), Buenos Aires.
Tel: (54) (11) 4813-8490
Correo electrónico: info@fundapreve.org.ar

Si bien una amplia mayoría coincide en que el mayor porcentaje de estas lesiones son consecuencia de una enfermedad venosa crónica, o más precisamente de un síndrome post-trombótico como las causas más frecuentes de su origen seguida de patologías mixtas, como es el caso de la diabetes y de las arteriopatías, por mencionar algunas, donde en una amplia mayoría a la afectación microcirculatoria se asocian las neuropatías y el compromiso del sistema linfático.

En este caso particular, por tratarse de lesiones localizadas en planta de pies, se las consideró un desafío aún mayor, habiendo cumplimentado el trabajo de nuestra escuela, que difiere al de la mayoría de los autores ya que preconizamos en primer lugar la epitelización total de la lesión, con el método de mini-implantes consecutivos de piel² y la posterior corrección definitiva hemodinámica de los reflujos, con cirugía o escleroterapia. Aunque en realidad se coincide con el concepto según el cual la corrección hemodinámica es fundamental para lograr el cierre de la úlcera, la diferencia está en que en nuestro caso ésta se realiza en forma concomitante con la realización de los implantes consecutivos de piel hasta completar el cierre de la lesión por medio del reposo en *trendelenburg*, durante el tratamiento y la elastocompresión, por lo que damos en llamar, corrección hemodinámica transitoria, y una vez concluido el tratamiento de la lesión, sí se procede a completar la corrección hemodinámica definitiva con cirugía o escleroterapia como se mencionara precedentemente.

En esta oportunidad se considera de sumo interés la presentación de este caso por tratarse de un paciente sin antecedentes de patologías anteriores significativas, cuyo único referente fueron sus várices asintomáticas, correspondientes a una insuficiencia del sistema venoso superficial no sistémica, asociada a una dermatopatía denominada liquen;³ y que a su ingreso en nuestros consultorios presentara úlceras plantares bilaterales de 1 año de evolución, congestivas, supurantes y pruriginosas. Se procedió a completar el protocolo de tratamiento establecido en nuestra institución mencionado anteriormente.

Si bien en porcentajes muy bajos hemos observado algunas úlceras asociadas a patologías específicas de la piel.

Una breve referencia a esta enfermedad cutánea nos recuerda que se trata de una dermatosis de etiología desconocida, pruriginosa, que presenta distintas variedades, entre las cuales la forma plana y la hiperqueratósica son las más frecuentes, aunque se han descrito formas ulcerosas en fauces y plantas del pie.⁴

Puede comprometer distintas áreas de piel incluso mucosa y faneras.

Es más frecuente encontrar lesiones múltiples que se manifiestan como una dermatitis eczematosas crónica con varias placas bien delimitadas, hiperpigmentadas y engrosada consecuencia del rascado crónico.⁵

El tratamiento específico de esta enfermedad se realiza de esta forma interdisciplinaria con dermatología, aconsejándose el uso de cremas con corticoides denominados de alta potencia.

Material y método

Este caso en particular se trata de un estudio retrospectivo de un paciente masculino de 38 años de edad derivado de un centro de dermatología, de contextura delgada y que realiza actividad sedentaria.

Presenta a su ingreso úlceras múltiples gigantes en ambas plantas de pie de aproximadamente 7 x 9 cm cada una que comprometían un tercio de los sectores plantares, cuyos bordes eran netos eritematosos y edematosos, de fondo sanioso, secretante y purulento, y con una profundidad de 0,5 cm, no dolorosas y lesiones diseminadas en ambas piernas de características eczematosas, con prurito como único síntoma significativo y con diagnóstico previo de liquen, con patología asociada de insuficiencia venosa superficial no sistémica, confirmada con el *Ecodoppler*.

A nuestra institución ingresa el 14 de diciembre de 2010 y es atendido hasta el 22 de febrero de 2011, fecha en que se completa el cierre de las lesiones.

Se realiza una exhaustiva anamnesis y examen semiológico.

El estudio de laboratorio no aporta datos significativos con valores dentro de parámetros normales. Cumplimentando las normativas de nuestra institución, que se realizan para el tratamiento de todas las úlceras que ingresan con características

semiológicas que condicionan alguna incertidumbre diagnóstica, se procede a realizar la *toilette* quirúrgica, con la toma de biopsia correspondiente, preparado que es trasladado para su estudio de anatomía patológica al Centro de Estudios Patológicos del Prof Casas, confirmando el diagnóstico de liquen hipertrófico. Además se hace toma de material para cultivo y antibiograma.

Desde su ingreso se le administra tratamiento general y específico en base a terapia antitética y antibioticoterapia; puntualmente en este caso administramos ciprofloxacina, en forma empírica, hasta recibir el informe del cultivo y antibiograma solicitado oportunamente, además de venotónicos del grupo de las rutinas y cumarinas, y antihistamínicos de segunda generación⁶ para el tratamiento del prurito, con buena respuesta terapéutica.

La posología se realiza respetando las normativas correspondientes al peso del paciente, no requiriendo analgésicos.

El tratamiento se realiza siguiendo el protocolo establecido en la institución:

Una vez lograda la granulación del lecho posterior a la *toilette* quirúrgica y curaciones con gasa secas y rifamicina, cada 48 hs, se precede a iniciar de siembra o implantes de piel dermoepidérmicos consecutivos de aproximadamente 2 mm, cubriendo en cada sesión una superficie de aproximada de 2 cc.

Se repite esta técnica cada 48 hs hasta completar la epitelización total de las úlceras, requiriendo 9 implantes el pie derecho y 7 implantes el pie izquierdo.

La zona dadora elegida fue cara anterior de muslo, previa anestesia local utilizando lidocaína al 1% con epinefrina a 4° C, para lograr una mejor anestesia con mínima cantidad de anestésico.

Una vez completado el cierre de las lesiones se inicia el tratamiento correctivo hemodinámico. En este caso se utilizó escleroterapia con técnica de *foam* empleando tetradecilsulfato de sodio al 1%, inyectando solo 2 cc por cada sesión, con posterior compresión permanente de 48 hs con vendas de gasa y elásticas realizándose 3 sesiones en miembro inferior izquierdo y 4 en el derecho, completando de esa forma la corrección de los reflujos y los trayectos varicosos.

El paciente es atendido periódicamente, siendo su último control el 18 de octubre de 2016. Hasta esa fecha presenta sus lesiones totalmente epitelizadas, sin recidivas, bajo elastocompresión entre 8 y 15 mmHg, y los venotónicos mencionados al inicio del tratamiento, continuando asintomático manteniendo su actividad habitual con una buena calidad de vida.

Resultados

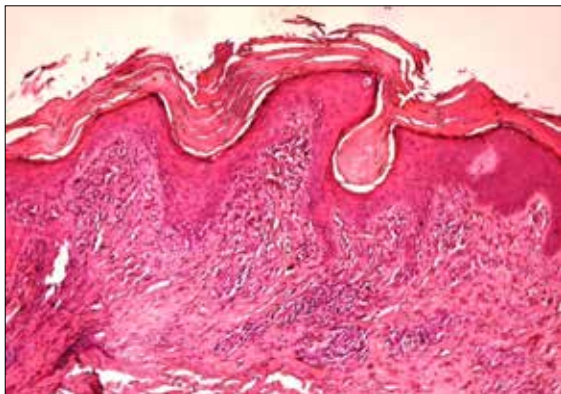
Se completa el cierre total de las úlceras en forma ambulatoria, en corto plazo, con buena evolución de las heridas y buena tolerancia a las curaciones y a los implantes periódicos de piel, con la consiguiente mejoría ostensible psicofísica.

Úlceras plantares. Imagen posterior a la *toilette* quirúrgica.



Úlceras epitelizadas.



Liquen hipertrófico.⁸

Se observan linfocitos en dermis, crestas papilares e hiperqueratosis.

Discusión

Se plantearon las distintas alternativas de tratamiento para estas lesiones, terapias de vacío, uso de compuestos sintéticos, ungüentos, cultivo de piel, plasma rico en plaquetas, autoinjertos, entre otros, decidiéndose por el de los implantes consecutivos de piel que preconizamos en la institución porque permite en forma ambulatoria, con mínimo instrumental y su consecuente reducción de costos, realizar siembras de piel cubriendo pequeños sectores de la lesión eligiendo los de mejor granulación, aun con áreas circundantes no aptas para implantes.⁷

El procedimiento fue de muy buena tolerancia y permitió la pronta epitelización de las úlceras.

Lógicamente se requiere de la buena predisposición del paciente para acudir al centro asistencial cada 72 hs.

Referencias

1. Cram DL, Kierland RR, Winkelmann. RK. Ulcerative lichen planus of the feet. Arch Dermatol 1966; 93: 692-701.
2. Pace FF. Flebología Cap Úlceras de miembros inferiores; 2013: 71-78.
3. Usatine RP, Tinitigan M. Diagnosis and treatment of lichen planus. Am Fam Physician 2011; 84: 53-60.
4. Eisen D. The vulvovaginal-gingival syndrome of lichen planus. The clinical characteristics of 22 patients. Arch Dermatol 1994: 1379-1381.
5. Pittelkow M, Daoud MS. Lichen Planus. En: Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, et al. Fitzpatrick Dermatología en medicina general; edición. España; Editorial Médica Panamericana; 2009; págs. 244-255.
6. Braathen L R. Atopic dermatitis. Act Derm Venerol (Supl) 1989;144: 5-154.
7. Jiménez-Sánchez MD, Ferrándiz L, Moreno-Ramírez D, et al. Erosive palmoplantar lichen planus. Actas Dermosifiliogr 2012; 103: 448-450.
8. Lever W. Liquen plano. En: Lever Histopatología de la piel. México, 1991: 160-164.