

PRESENTACIÓN DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Vasculopatía livedoide debida a síndrome antifosfolípido

Livedoid vasculopathy due to antiphospholipid syndrome

Juan Pablo Restrepo¹, María del Pilar Molina²

Resumen

La vasculopatía livedoide es una entidad rara y crónica que afecta predominantemente los miembros inferiores. La etiología de la enfermedad es desconocida, pero en la histopatología se observa trombosis en la dermis sin compromiso inflamatorio de la pared del vaso. Se manifiesta por lesiones petequiales y por ulceraciones que sanan con cicatrices hiperpigmentadas alternando con áreas blanquecinas. Se han empleado múltiples tratamientos hasta el momento, sin total éxito.

Palabras clave: síndrome antifosfolípido, livedo reticularis, fisiopatología, terapia.

Summary

Livedoid vasculopathy is a rare, chronic disease that affects predominantly the lower limbs. The etiology of the disease is unknown, but histopathology shows thrombosis in the dermis without inflammatory changes in the vessel wall. It is manifested by petechial lesions and ulcerations that heal with scarring hyperpigmentation alternating with white areas. Multiple treatments have been used so far, without total success.

Key words: antiphospholipid syndrome, reticularis livedo, pathophysiology, therapy.

Introducción

La vasculopatía livedoide (VL) es una entidad rara y poco estudiada. El hallazgo histopatológico más importante de la enfermedad es la trombosis de los vasos de la dermis sin compromiso inflamatorio alrededor del vaso. Las manifestaciones clínicas son el resultado del infarto vascular. La VL se presenta aislada o en asociación a otras enfermedades autoinmunes como el síndrome antifosfolípido.

Se describe a continuación el caso de una mujer de veinticinco años con VL en presencia de anticoagulante lúpico como única manifestación trombótica de la enfermedad.

Caso clínico

Mujer de veintiséis años con cuadro clínico de cinco años de evolución consistente en la aparición de lesiones violáceas en miembros inferiores que se oscurecen con el frío; al transcurrir el tiempo se le formaron pequeñas ulceraciones de carácter doloroso. No tiene antecedentes patológicos de importancia ni tampoco obstétricos. Al examen físico se encontró placas violáceas en piernas y pies, con pequeñas ulceraciones superficiales. Los laboratorios básicos se encontraban normales incluyendo los reactantes de fase aguda; las pruebas autoinmunes como ANAS, ENAS, anti-DNA, crioglobulinas, factor reumatoide y anticardiolipinas fueron normales. El anticoagulante lúpico por veneno de Russell fue reportado positivo en dos ocasiones con diferencia de doce semanas. Se realizó una biopsia de las lesiones cutáneas que reportó oclusión de capilares dérmicos sin componente inflamatorio en la pared del vaso sugiriendo una vasculopatía livedoide por síndrome antifosfolípido (Figura 1).

1 Internista-Reumatólogo. Profesor de la Universidad del Quindío.

2 Médica y cirujana. Universidad Libre.

Correspondencia, Dr. Juan Pablo Restrepo: jprestrepo@lycos.com

Recibido: 3 de agosto de 2011

Aceptado: 23 de septiembre de 2011

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés al momento de la redacción del manuscrito.

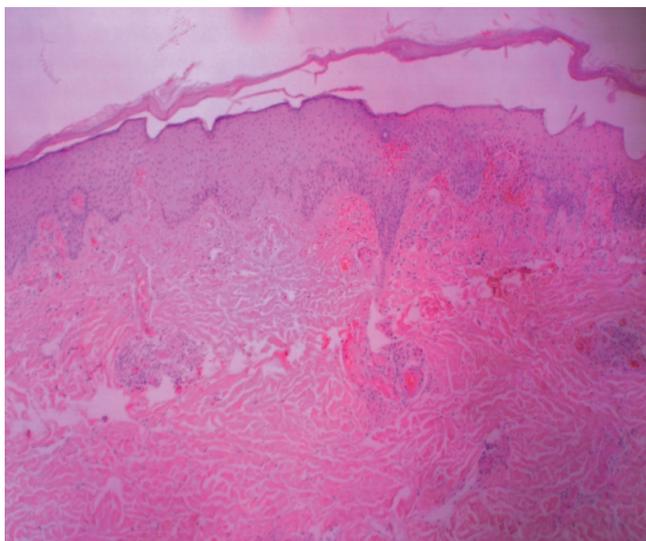


Figura 1. Depósito de material hialino y oclusión de la luz de los vasos capilares de la dermis superficial, acompañado de extravasación de glóbulos rojos.

Se realizó manejo con ASA 100 mg al día acompañado de pentoxifilina 400 mg dos veces al día. A los tres meses de evolución las ulceraciones de los miembros inferiores habían sanado en su totalidad y sólo se observaba cicatrices producto de episodios previos sin tratamiento.

Definición

Esta enfermedad a lo largo de la historia ha tenido múltiples denominaciones. El término atrofia blanca en placa fue acuñado por Milian en 1929¹. La VL fue descrita en 1967 por Barel y Winkel². Otros nombres con los que se le conoce son livedo racemosa, vasculitis livedoide, vasculitis hialinizante segmentaria^{3,4}, livedo reticularis con ulceración de verano y recientemente ha recibido el acrónimo de PURPLE (Painful purpuric Ulcers with Reticular Pattern of Lower Extremities)⁵.

Es una vasculopatía trombogénica de los capilares superficiales de las piernas, que puede ocasionar úlceras dolorosas y recurrentes que curan dejando una cicatriz atrófica y blanca, rodeada de telangiectasias y zonas de hiperpigmentación, de allí el nombre de atrofia blanca.

Epidemiología

Las mujeres son más afectadas que los hombres en una proporción de 4:1. Esta patología ocurre a cualquier edad pero su pico de incidencia es entre los 30 y 60 años⁶. Es una enfermedad crónica con exacerbaciones estacionales.

Patogénesis

La patogénesis de la enfermedad aún no es clara. Múltiples anomalías se han involucrado en la etiología de la VL (Tabla 1). Pizzo y colaboradores encontraron una liberación defectuosa del activador del plasminógeno tisular y Pittelkow demostró un incremento en los niveles del inhibidor del plasminógeno tisular. Tsutsu⁷ describió una disminución de la expresión de la trombomodulina la cual normalmente es anti-trombótica y aumenta la activación de la proteína C. Otros hallazgos que sugieren un estado vasooclusivo son el déficit de proteína C⁸ y antitrombina III⁹, y el aumento de la agregación plaquetaria¹⁰. También se han encontrado niveles elevados de homocisteína en algunos pacientes con VL¹¹. Hay dos formas de la enfermedad: una primaria o idiopática y otra secundaria. Los anticuerpos antifosfolípido pueden interactuar con células endoteliales y otros elementos celulares de los vasos sanguíneos llevando a vasoconstricción¹². Estos anticuerpos van dirigidos contra fosfolípidos de la membrana de las células endoteliales, llevando a la producción de sustancias procoagulantes como el factor tisular, endotelina 1, inhibidor del activador del plasminógeno y finalmente se presenta la trombosis observada en el síndrome antifosfolípido (Tabla 1).

Tabla 1. Probables causas de VL.

-
- Liberación defectuosa del plasminógeno tisular.
 - Aumento en los niveles del inhibidor del plasminógeno tisular.
 - Disminución en la expresión de trombomodulina.
 - Déficit de proteína C y antitrombina III.
 - Incremento en la agregación plaquetaria.
 - Niveles elevados de homocisteína.
 - Presencia de anticuerpos antifosfolípido.
-

Los estados hipercoagulables y la enfermedad autoinmune son las dos condiciones más comúnmente asociadas con esta patología. La VL ha sido reportada en relación con síndrome antifosfolípido (SAF)¹³⁻¹⁵, lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis sistémica y arteriosclerosis¹⁶.

Histopatología

Se deben realizar varias biopsias tanto de las lesiones blanquecinas centrales como de las violáceas periféricas con el fin de aumentar el rendimiento diagnóstico¹⁷.

Los hallazgos en la patología varían dependiendo del estadio de la lesión. En las lesiones iniciales hay formación de trombos hialinos en la luz de los vasos de pequeño calibre de la dermis superficial. La presencia de trombosis capilar extensa obliga a descartar patología trombogénica¹⁸. Habitualmente hay necrosis de la dermis superficial con cambios en la epidermis tales como atrofia, paraqueratosis y ulceración de la misma. Puede haber infiltrado linfocitario perivascular superficial pero mínimo. También es común observar extravasación de glóbulos rojos.

En fases avanzadas hay engrosamiento, hialinización de los vasos sanguíneos con proliferación vascular. En las placas ulceradas se observa además de los cambios vasculares anteriormente mencionados, esclerosis dérmica, linfangiectasias con escasa inflamación de la epidermis.

La ausencia de leucocitoclasia alrededor de los vasos es el hallazgo distintivo más importante para diferenciarla de la vasculitis primaria¹⁹. La inmunofluorescencia directa usualmente muestra depósito de inmunoglobulinas, fibrina, complemento, pero son inespecíficos.

Manifestaciones clínicas

Se presentan unas lesiones reticulares o violáceas desproporcionadamente dolorosas alrededor de los maléolos conocidas como livedo racemosa; dichas lesiones pueden evolucionar a úlceras en sacabocado de 3-8 mm de diámetro (Figura 2). Las piernas son el lugar más frecuentemente afectado seguidas de los tobillos y la superficie dorsal del pie en menor proporción²⁰. Posteriormente de días a semanas pueden aparecer úlceras rodeadas por telangiectasias



Figura 2. Diferentes estadios de la vasculopatía livedoide. En la foto del lado izquierdo se observan lesiones violáceas en forma de red en el dorso del pie. La foto de la derecha muestra una fase más avanzada de ulceraciones superficiales con áreas de hiperpigmentación.

puntiformes. La fase final de la enfermedad es llamada atrofia blanca debido a que estas lesiones pueden sanar con una cicatriz de menos de 1 cm de diámetro de color blanco porcelana.

Diagnóstico diferencial

La lista de diagnóstico diferencial de la VL es extensa; por lo tanto, la historia clínica, el examen físico, las pruebas de laboratorio y la histopatología son los pilares en el diagnóstico de la enfermedad. Aspectos claves para el diagnóstico de la enfermedad son la evolución de las lesiones, la ubicación en miembros inferiores y la trombosis con ausencia de inflamación en la pared del vaso.

En la fase ulcerosa puede confundirse con vasculitis de pequeños vasos, pioderma gangrenoso, dermatitis facticia y enfermedad de Degos. La lesiones de atrofia blanca no son exclusivas de la VL pues pueden presentarse en esclerodermia, LES e insuficiencia venosa crónica^{21,22}. En la Tabla 2 se encuentra el listado de los diagnósticos diferenciales en VL.

Tratamiento

El tratamiento de la VL idiopática es un reto. Como medidas generales se recomienda mantener los miembros inferiores elevados para ayudar a la cicatrización de las úlceras, así como evitar el consumo de cigarrillo.

Se ha empleado el ácido acetil salicílico, clopidogrel, activador del plasminógeno tisular, prostaciclina, beraprost, danazol, ketanserina, pentoxifilina y heparina de bajo peso molecular con resultados variables²³⁻²⁹. En caso de falta de respuesta a alguno de estos tratamientos se puede

utilizar la combinación de ácido acetil salicílico y pentoxifilina³⁰. En el caso de existir anticuerpos antifosfolípidos la anticoagulación con warfarina sería una alternativa razonable. Buenos resultados se han encontrado en pacientes con VL refractaria al tratamiento convencional con el uso de inmunoglobulina EV 4 gr/kg en un periodo de seis semanas³¹. Zeni y colaboradores mostraron un caso de respuesta exitosa con rituximab en una mujer de treinta y ocho años quien había recibido tratamiento con anticoagulación e inmunosupresión³².

Discusión

El SAF fue descrito por primera vez por Hughes y colaboradores y se ha definido como una trombofilia adquirida por la presencia de anticuerpos dirigidos contra los fosfolípidos de membranas y/o sus cofactores. De acuerdo con los criterios de clasificación de Sidney se define SAF como la ocurrencia de uno o más episodios de trombosis de pequeños vasos arterial o venosa de cualquier órgano o tejido o morbilidad durante el embarazo, descrita como una muerte fetal no explicada más allá de la semana 10, uno o más nacimientos prematuros normales debido a preeclampsia o eclampsia severa, tres o más abortos consecutivos antes de la semana 10 de gestación sin alteraciones cromosómicas, acompañados de anticardiolipinas en títulos medios o altos o anticoagulante lúpico presentes en dos ocasiones con un intervalo de doce semanas³³. Una amplia variedad de manifestaciones cutáneas han sido descritas asociadas con el SAF, las cuales pueden ser el primer signo de la enfermedad. Éstas incluyen livedo reticularis, tromboflebitis, púrpura, hematomas, nódulos en la piel,

Tabla 2. Diagnósticos diferenciales de VL.

Vasculitis de pequeños vasos	Crioglobulinemia
Síndrome de Sjögren	Síndrome de Sneddon
LES	Pioderma gangrenoso
Úlceras traumáticas	Enfermedad de Degos
Mieloma	Anemia de células falciformes
Insuficiencia venosa crónica	Dermatitis facticia
Poliarteritis nodosa	Esclerodermia

sangrado periungueal, acrocianosis, gangrena digital, dermatografismo y VL, entre otras³⁴. En una serie de 200 pacientes con SAF, se encontró un 49% de manifestaciones cutáneas³⁵. La VL es una entidad rara cuyo mecanismo fisiopatológico parece involucrar un trastorno de la coagulación o de la fibrinólisis que conduce a oclusión de pequeños vasos de la dermis. El tratamiento de la VL es difícil. La mayoría de información disponible está basada en gran medida en informes de casos y series de casos.

Se describe el caso de una mujer de 26 años sin patología obstétrica reconocida que presentó un compromiso ulceroso en miembros inferiores sin compromiso vascular sistémico, encontrándose en la biopsia de piel algunas zonas de trombosis dérmicas sin afectación inflamatoria del vaso. No se pudo objetivar mediante paraclínicos de otra posible etiología. Ajustados a la clasificación de Sydney, la paciente tenía documentación de trombosis, en este caso histopatológica, sumada a criterios de laboratorio como el anticoagulante lúpico en dos ocasiones con doce semanas de diferencia, con lo cual se realizó un diagnóstico de VL asociada a SAF. La afectación cutánea de SAF como una manifestación de la enfermedad ha sido descrita en la literatura. En este reporte se realizó un tratamiento basado en el uso de un antiagregante plaquetario acompañado de un agente hemorreológico con buenos resultados; es de resaltar que en la mayoría de casos se requiere de otros tratamientos para controlar la enfermedad.

Referencias

- Hairston B, Davis M, Pittelkow M, Ahmed I. Livedoid vasculopathy: further evidence for procoagulant pathogenesis. *Arch Dermatol* 2006;142:1413-1418.
- Bard J, Winkelmann R. Livedo vasculitis. Segmental hyalinizing vasculitis of the dermis. *Arch Dermatol* 1967;96:489-499.
- Milian G. Les atrophies cutanées syphilitiques. *Bull Soc Franc Derm Syph* 1929;36:865-871.
- Winkelmann R, Schroeter A, Kierland R, Ryan T. Clinical studies of livedoid vasculitis: segmental hyalinizing vasculitis. *Mayo Clin Proc* 1974;49:746-750.
- Papi M, Didona B, De Pita O, Silvestri L, Ferranti G, Gantcheva M, Chinni L. PURPLE (atrophie blanche): Clinical, histological and immunological study of twelve patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1997;9:129-133.
- Maessen-Visch M, Koedam M, Hamulyák K, Neumann H. Atrophie blanche. *Int J Dermatol* 1999; 38:161-172.
- Tsutsui K, Shirasaki F, Takata M, Takehara K. Successful treatment of livedo vasculitis with beraprost sodium: a possible mechanism of thrombomodulin upregulation. *Dermatol* 1996;192:120-124.
- Baccard M, Vignon-Pennamen M, Janier M, Scrobhaci M, Dubertret L. Livedo vasculitis with protein C system deficiency. *Arch Dermatol* 1992; 128:1410-1411.
- Hegemann B, Helmbold P, Marsch W. Livedoid vasculitis with ulcerations: the role of antithrombin III deficiency and its therapeutic consequences. *Arch Dermatol* 2002;138:841-842.
- Drucker C, Duncan W. Antiplatelet therapy in atrophie blanche and livedo vasculitis. *J Am Acad Dermatol* 1982;7:359-363.
- Meiss F, Marsch W, Fischer M. Livedoid vasculopathy. The role of hyperhomocysteinemia and its simple therapeutic consequences. *Eur J Dermatol* 2006; 16:159-162.
- Uthman I, Khamashta M. Livedo racemosa: a striking dermatological sign for the antiphospholipid syndrome. *J Rheumatol* 2006;33:2379-2382.
- Grattan C, Burton J, Boon A. Sneddon's syndrome (livedo reticularis and cerebral thrombosis) with livedo vasculitis and anticardiolipin antibodies. *Br J Dermatol* 1989;120:441-447.
- Acland K, Darvay A, Wakelin S, Russell-Jones R. Livedoid vasculitis: a manifestation of the antiphospholipid syndrome? *Br J Dermatol* 1999;140:131-135.
- Grob J, Bonerandi J. Thrombotic skin disease as a marker of the anticardiolipin syndrome. Livedo vasculitis and distal gangrene associated with abnormal serum antiphospholipid activity. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:1063-1069.
- Leonard A, Pomeranz M, Franks A Jr. A case of livedoid vasculopathy in a 22-year-old man. *J Drugs Dermatol* 2004;3:678-679.
- In S, Han J, Kang H, Lee E, Kim Y. The histopathological characteristics of livedo reticularis. *J Cutan Pathol* 2009;36:1275-1278.
- Shimizu A, Tamura A, Yamanaka M, Amano H, Nagai Y, Ishikawa O. Case of livedoid vasculopathy with extensive dermal capillary thrombi. *J Dermatol* 2010;37:94-97.
- Gibson L, Su W. Cutaneous vasculitis. *Rheum Dis Clin North Am* 1995;21:1097-1113.
- Weinstein S, Piette W. Cutaneous manifestations of antiphospholipid antibody syndrome. *Hematol Oncol Clin North Am* 2008;22:67-77.
- Criado P, Rivitti E, Sotto M, de Carvalho J. Livedoid vasculopathy as a coagulation disorder. *Autoimmun Rev* 2011;10:353-360.
- Goerge T. Livedovaskulopathie. Pathogenese, Diagnostik und Therapie des Hautinfarkts. *Hautarzt* 2011;62:627-636.
- Klein K, Pittelkow M. Tissue plasminogen activator for treatment of livedoid vasculitis. *Mayo Clin Proc* 1992;67:923-933.

24. Hoogenberg K, Tupker R, van Essen L, Smith A, Kallenberg C. Successful treatment of ulcerating livedo reticularis with infusions of prostacyclin. *Br J Dermatol* 1992;127:64-66.
25. Yamamoto M, Danno K, Shio H, Imamura S. Antithrombotic treatment in livedo vasculitis. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:57-62.
26. Rustin M, Bunker C, Dowd P. Chronic leg ulceration with livedoid vasculitis, and response to oral ketanserin. *Br J Dermatol* 1989;120:101-105.
27. Hsiao G, Chiu H. Low-dose danazol in the treatment of livedoid vasculitis. *Dermatol* 1997;194:251-255.
28. Hsiao G, Chiu H. Livedoid vasculitis. Response to low-dose danazol. *Arch Dermatol* 1996;132:749-751.
29. Hairston B, Davis M, Gibson L, Drage L. Treatment of livedoid vasculopathy with low-molecular-weight heparin: report of 2 cases. *Arch Dermatol* 2003;139:987-990.
30. Callen J. Livedoid vasculopathy: what it is and how the patient should be evaluated and treated. *Arch Dermatol* 2006;142:1481-1482.
31. Pitarch G, Rodríguez-Serna M, Torrijos A, Oliver V, Fortea J. Treatment of livedoid vasculopathy with short-cycle intravenous immunoglobulins. *Acta Derm Venereol* 2005;85:374-375.
32. Zeni P, Finger E, Scheinberg M. Successful use of rituximab in a patient with recalcitrant livedoid vasculopathy. *Ann Rheum Dis* 2008;67:1055-1056.
33. Miyaki S, Lockshin M, Atsumi T, Branch D, Brey R, Cervera R et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost* 2006;295-306.
34. Rai R, Sekar C, Kumaresan M. Antiphospholipid syndrome in dermatology: An update. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010;76:116-124.
35. Asherson R, Francés C, Iaccarino L, Khamashta M, Malacarne F, Piette J et al. The antiphospholipid antibody syndrome: diagnosis, skin manifestations and current therapy. *Clin Exp Rheumatol* 2006; 24:46-51.