

## Paciente con pluripatología y úlceras en extremidades inferiores

E. Doménech<sup>a</sup> y C. Marqués<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia EAP. Granollers-Centre. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Enfermera de Familia EAP. Granollers-Centre. Barcelona. España.

Paciente de 86 años con antecedentes de policitemia vera tratada con hidroxiurea, enfisema pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva y arritmia por fibrilación auricular tratada con Sintrom y diabetes mellitus tratada con hipoglucemiantes orales. Es requerida la presencia del equipo de Atención Primaria para valorar la aparición de úlceras en extremidades inferiores (EEII) y aumento de su edema habitual. Se incrementa la dosis de diurético, se prescribe antibiótico y se practica cura tópica de las úlceras. A pesar de la mejora del aspecto de las úlceras y de reducirse el edema en las EEII aparecen nuevas úlceras confluentes. Para determinar el diagnóstico diferencial se descartan diferentes patologías asociadas a sus antecedentes.

La aparición de las úlceras puede atribuirse a pequeños traumas, y el mecanismo fisiopatológico a la citotoxicidad cutánea progresiva pero reversible si se suspende el tratamiento con hidroxiurea.

*Palabras clave:* úlceras, policitemia vera, hidroxiurea.

86-year-old female patient with background of polycythemia vera treated with hydroxyurea, pulmonary emphysema, congestive heart failure and arrhythmia for atrial fibrillation treated with acenocumarol and diabetes mellitus treated with oral antidiabetics. A primary health care team was needed to evaluate the appearance of ulcers on the lower limbs and increase of her usual edema. Diuretic dose was increased, antibiotics prescribed and a topical cure for the ulcers applied. In spite of the improvement of the appearance of the ulcers and reduction in the edema of the lower limbs, new confluent ulcers appeared. It was necessary to rule out different diseases associated to her background in order to determine the differential diagnosis.

The appearance of the ulcers may be attributed to small injuries and the pathophysiological mechanism to the progressive skin cytotoxicity but this is reversible when treatment with hydroxyurea is discontinued.

*Key words:* ulcers, polycythemia vera, hydroxyurea.

### CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 86 años atendida en su domicilio de forma regular. Es requerida nuestra presencia al presentar úlceras en ambas extremidades inferiores.

### ANTECEDENTES

#### Personales

Se trata de una mujer sin alergias ni hábitos tóxicos conocidos que vive en una casa con jardín, contigua a la de su hija. Tiene animales domésticos.

### Patológicos

Padece migrañas desde la juventud que ha tratado con analgésicos convencionales; anemia diagnosticada a los 17 años pero que no fue catalogada explícitamente, y cuadro depresivo durante unos años.

A los 50 años, aproximadamente, le practicaron histerectomía total por un fibroma.

Presenta enfisema crónico con severa alteración ventilatoria de tipo mixto (volumen espirado forzado en el primer segundo [FEV1] del 40%) e hipoxia que obliga a tratamiento domiciliario con oxígeno. Dicha neumopatía ha obligado a diversos ingresos hospitalarios en los últimos 4 años por descompensaciones graves.

Diagnosticada de policitemia vera aproximadamente a los 60 años y tratada desde hace 20 años con hidroxiurea.

Padece infecciones urinarias repetidas también en los últimos años.

Hace dos años, y a raíz de un ingreso hospitalario por un episodio de taquiarritmia, fue diagnosticada de insufi-

Correspondencia:

E. Doménech

C/ Museu, 19

08400 Granollers. Barcelona. España.

Correo electrónico: cvodir@granollers.scs.es

Recibido el 29-05-07; aceptado para su publicación el 13-09-07.

ciencia cardíaca congestiva y arritmia completa por fibrilación auricular, motivo por el que se introdujo Sintrom en el tratamiento.

Presenta cifras altas de glucemia, coincidiendo con algunos ingresos que ocasionalmente han precisado tratamiento con insulina y últimamente con hipoglucemiantes orales.

## PROBLEMA ACTUAL

Hace unos dos meses es requerida nuestra presencia en el domicilio para valorar unas úlceras que han aparecido en ambas piernas, en cara anterior, coexistiendo con un aumento de su edema habitual. Hasta el momento han sido tratadas tópicamente (figs. 1 y 2).

## Exploración

En la exploración se encuentra consciente, orientada, con disnea a pequeños esfuerzos y oxígeno continuo. Presenta piel seca y palidez cutánea. La tensión arterial en brazo derecho es de 125-60. La frecuencia ventricular media es de 85 por minuto. Auscultación cardíaca: tonos arrítmicos con soplo sistólico 2/6 en punta. Auscultación respiratoria:

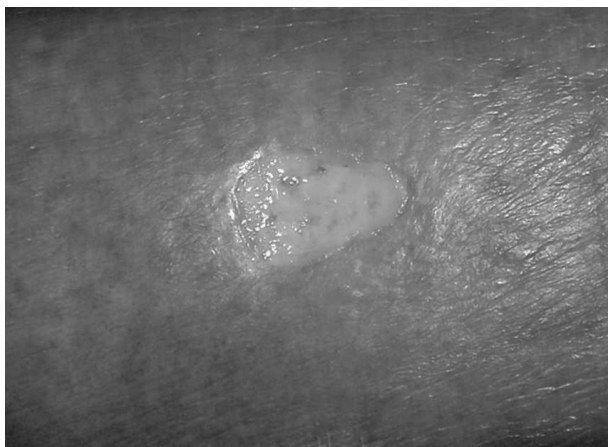


Figura 1. Imagen de una de las úlceras.



Figura 2. Situación de las úlceras en ambas piernas.

hipofonesis global y estertores de despegamiento en ambas bases. Palpación abdominal normal. Edemas sin fóvea en ambas piernas. Pulsos pedios y tibiales posteriores presentes en ambas extremidades. Doppler vascular que demuestra presencia de circulación normal en pedias con tensión arterial en tobillo derecho de 130 y tobillo izquierdo 135 e índice tobillo-brazo derecho 1,04 e izquierdo 1,08. Se observa la presencia de una úlcera superficial con esfacelos en pierna derecha.

## Tratamiento

Oxígeno con Ventimask al 24% a 2 l/minuto, amiodarona 200 mg 1 comprimido cuatro días por semana, furosemina 40 mg 1 comprimido cada 24 horas, Hydrea 500 tres comprimidos cada 24 horas, alopurinol 100 mg 1 comprimido cada 24 horas, omeprazol 1 comprimido cada 24 horas, bromuro de ipatropio, salmeterol budesonida y salbutamol inhalados según dosis, Sintrom según pauta. Amoxicilina/clavulánico a dosis de 500 mg cada 8 horas durante 8 días. Tratamiento de las úlceras: cura diaria con Irujol más Hidrogel a partes iguales y apósito.

## Evolución

En los días siguientes de iniciado el tratamiento se produjo mejoría en el aspecto de la úlcera, pero se mantuvo el tamaño. Disminuyeron los edemas, por lo que se redujo la dosis de diurético. Se suspendió el antibiótico. Quince días después aparecieron dos núcleos ulcerosos nuevos contiguos al primero a los que se aplicó el mismo tratamiento. En la pierna izquierda apareció otra úlcera de similares características y a la que se trató de forma similar, siendo la evolución igual.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Describiremos a continuación las distintas posibilidades diagnósticas (tabla 1). Tanto los índices de presión brazo-pierna como la determinación del flujo mediante doppler vascular demostraron que el flujo arterial en las extremidades inferiores (EEII) era de características normales, y a pesar de los antecedentes de diabetes de la paciente no cabe señalar como causa de las úlceras una afectación de la circulación arterial<sup>1</sup>.

La paciente presentaba enlentecimiento de la circulación venosa por la inmovilización de las extremidades secundaria a su patología general. Las úlceras características de los pacientes con insuficiencia venosa se localizan de preferencia en los maléolos, en su cara lateral. La paciente no tenía historia de varices, ni había presentado episodios de tromboflebitis. En el momento actual tampoco se observaban alteraciones del resto de la piel típicas de dichos procesos. Además, y como factor a añadir, la paciente estaba en tratamiento con Sintrom por su arritmia, lo cual hacía más improbable la aparición de una obstrucción venosa<sup>1</sup>.

Las úlceras neuropáticas ocurren preferentemente en el maléolo o en la cabeza del primer metatarsiano, lo que no sucedía en esta paciente. No existían signos de neuropatía diabética en sus antecedentes ni se apreciaban alteraciones de la sensibilidad profunda<sup>1</sup>.

**Tabla 1. Causas de úlceras en extremidades inferiores**

Enfermedades vasculares
Arterial
Venosa
Linfedema
Vasculitis
Crioglobulinemia
Granulomatosis de Wegener
Artritis reumatoidea
Coagulación intravascular diseminada
Trombocitopenia inducida por heparina
Necrosis de la piel inducida por warfarina
Úlceras neuropáticas
Infecciones
Osteomielitis
Fascitis necrotizante por microorganismos
Tuberculosis
Infecciones por hongos
Desórdenes hematológicos
Policitemia vera
Trombocitopenia esencial
Tratamiento con hidroxiurea
Necrobiosis lipoidea diabeticorum
Pioderma gangrenoso
Eritema nodoso
Cáncer
Calcifilaxis

Las causas infecciosas no eran sugestivas en esta paciente, puesto que no se observaron signos exudativos ni parecía existir una laceración previa de la piel, a pesar de que había presentado edemas; el cuidado y la hidratación dérmica se realizaron siempre de forma adecuada por el entorno familiar siguiendo las indicaciones de la enfermera. Se realizó un cultivo a partir de un frotis de la úlcera que resultó negativo. Se descartó la posibilidad de una osteomielitis por la ausencia de signos en este sentido.

La necrobiosis diabeticorum, aunque ocurre en la zona pretibial como en este caso, presenta unas características iniciales y evolutivas distintas. Lo mismo ocurre con el eritema nodoso, que después de la fase nodular puede ulcerarse.

Finalmente, en este caso cabe analizar la posibilidad de que en esta paciente la causa pueda ser su enfermedad crónica: policitemia vera y/o el tratamiento con Sintrom e hidroxiurea<sup>1</sup>.

La literatura reproduce diversos casos de pacientes con enfermedades hematológicas y tratamiento con hidroxiurea que presentan úlceras en EEII<sup>2-5</sup>. En algunos coinciden también en el diagnóstico de policitemia vera de nuestra paciente. En casi todos ellos el tratamiento con hidroxiurea se inició varios años antes y las úlceras tienen unas características similares, aunque con mayor frecuencia se localizan en zonas perimaleolares. El inicio se puede atribuir a pequeños traumas, y el mecanismo fisiopatológico sería la citotoxicidad cutánea de la hidroxiurea progresiva pero reversible al suspender el tratamiento. El comienzo insidioso, la mala evolución a pesar del tratamiento, el efecto nulo de los antibióticos y la pronta curación al suspender la hidroxiurea son trazos comunes en las descripciones que hemos consultado.

El valor de este caso se encuentra en el hecho de haber sido diagnosticado y tratado a nivel de la Asistencia Primaria dentro del programa de Atención a Domicilio. También consideramos interesante que una patología tan frecuente en los pacientes ancianos como son las úlceras en EEII sea motivo para plantearnos un diagnóstico diferencial que realmente nos enriquece.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bazari H, Jaff MR, Mannstadt M, Yan S. Case Records of the Massachusetts General Hospital. Case 7-2007. A 59-year-old woman with diabetic renal disease and nonhealing skin ulcers. *N Engl J Med.* 2007;356:1049-57.
2. Korean J. Hydroxiurea induced perimaleolar ulcers. *Med Sci.* 2006;21;177-9.
3. Hanchi I, Zegloui F, Ezzine N, Daoud L, Kazoni M, Fazaa B, et al. Leg ulcer in a patient treated with hydroxyurea for polycythemia vera. *Presse Med.* 2006;35: 1174-6.
4. Friedrich S, Raff K, Landthaler M, Karrer S. Cutaneous ulcerations on hands and heels secondary to long term hydroxyurea treatment. *Europ J Dermatol.* 2004;14:343-6.
5. Dissemond J, Hoeft D, Knab J, Franckson T, Kroger K, Goos M. Leg ulcer in a patient associated with hydroxyurea therapy. *Int J Dermatol.* 2006;45:158-60.