

LIVEDO RETICULARIS NECROSANTE

F. MARTORELL

*Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de Barcelona
(España)*

Con el nombre de Livedo Reticularis se describe una afección crónica cutánea caracterizada por la aparición de un veteado amoratado permanente que dibuja una red de malla más o menos amplia, en cuyo interior la piel tiene el color normal. Se presenta por lo habitual en las piernas y en los brazos. Cuando su existencia es transitoria y desencadenada por el frío esta afección recibe el nombre de *Cutis Marmorata*.

La disposición reticular del veteado cianótico se explica de la siguiente forma: existen zonas de la piel ricamente irrigadas por las arborizaciones capilares que proceden directamente de la arteriola que de modo perpendicular se dirige hacia la misma desde la profundidad. En estas zonas centrales el tono de los capilares es bastante elevado y la sangre circula por ellos con mayor rapidez que en las zonas periféricas. Como consecuencia de la obliteración orgánica o espasmódica de las arteriolas que irrigan la piel, la estasis sanguínea se hace más evidente en las zonas periféricas donde el tono capilar es menor. Así se forma una red cianótica que rodea las zonas centrales pálidas. La cianosis aumenta bajo la acción del frío, a causa de la vasoconstricción, y desaparece o adquiere una tonalidad más rojiza bajo la acción del calor.

WILLIAMS y GOODMAN (1) han dividido los casos de Livedo Reticularis en tres grupos:

1.º *Cutis Marmorata*. Estado de la piel caracterizado por la existencia de manchas azuladas a la exposición al frío, que desaparecen con el calor y no van asociadas a otra enfermedad.

2.º *Livedo Reticularis Idiopático*. Las manchas azuladas son más intensas y menos influenciadas por los cambios de temperatura. Tampoco van asociadas a otra enfermedad.

3.º *Livedo Reticularis Sintomática*. Las manchas son persistentes y el trastorno va asociado a lesiones vasculares de la piel (sífilis, tuberculosis, periarteritis nudosa, hipertensión, reumatismo, tromboangeítis, etc.). KLÜKEN (2), en el libro «Angiología» de RATSCHOW, separa la Livedo Reticularis de la Livedo Racemosa, considerando el primer trastorno como funcional y el segundo como orgánico.

Esta enfermedad se presenta por igual en hombres y en mujeres de mediana edad. Por lo común es una enfermedad de curso benigno, que puede persistir durante muchos años, con un mínimo de molestias. Estas molestias, frialdad o parestesias, se exageran con el frío atmosférico o

con la inmersión en agua fría. La circulación en las grandes arterias y venas es normal.

En raros casos la enfermedad reviste caracteres más graves debido a lesiones arteriolas oclusivas que originan intensa isquemia y necrosis cutánea múltiple y diseminada en las piernas. Aparecen como primeros síntomas edema y dolor en las piernas y acentuación de las manchas amoratadas. Más tarde aparecen en piernas y pies, bilateralmente, ampollas de contenido turbio y aséptico, rodeadas de una zona amoratada. Al abrirse estas ampollas queda una zona pequeña de necrosis cutánea, primero de color grisáceo y después negro, al limitarse y desecarse la necrosis. Desprendidas las zonas necróticas, quedan úlceras que cicatrizan muy lentamente.

Vamos a describir a continuación la *historia clínica* de una enferma afecta de Livedo Reticularis Necrosante.

Una enferma de 47 años ingresa en la Clínica Vascular el 6-XI-58. Presenta Livedo Reticularis en brazos y piernas. síndrome de Raynaud en manos y placas necróticas en las dos piernas, con edema e intenso dolor. Con prednisona y fenilbutazona mejora rápidamente, las placas necróticas se desprenden dejando úlceras pequeñas que cierran con lentitud. Como antecedente cabe remarcar que un año antes tuvo un ataque de poliartritis reumática febril que la obligó a guardar cama tres semanas.

Bien hasta abril de 1960, en que aparecen pequeñas úlceras. En octubre del mismo año, otra vez edema e intenso dolor en las piernas. En las piernas y en los pies aparecen ampollas de contenido turbio que al abrirse dejan unas placas de necrosis pequeñas, múltiples, muy dolorosas (fig. 1). El contenido de estas ampollas es aséptico. El examen histológico de una de estas zonas en fase de necrosis muestra (fig. 2) necrosis de la epidermis y de la dermis con desprendimiento del estrato córneo. Los pequeños vasos de la dermis están obliterados (fig. 3) con infiltrado celular alrededor. El cultivo del contenido turbio de las ampollas es negativo.

El examen de sangre muestra: Hematías 4.800.000; hemoglobina 92 %; valor globular 0.98; leucocitos 10.100; neutrófilos segmentarios 58 %, neutrófilos en banda 6 %, eosinófilos 6 %, linfocitos 23 %, monocitos 7 %.



Fig. 1. — Fotografía de las extremidades inferiores. Livedo reticularis necrosante. Obsérvense las pequeñas placas de necrosis cutánea, múltiples, las manchas amoratadas y las ampollas de contenido turbio.

plaquetas abundantes y bien aglutinadas. serie roja normal y granulaciones tóxicas ligeramente marcadas. No se encuentran crioglobulinas: existen crioglutininas completas en cantidad mínima (indosables).

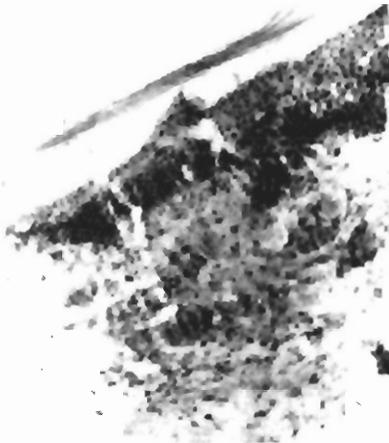


Fig. 2. — Examen histológico de una zona de livedo reticularis en fase de necrosis. Obsérvese la necrosis de la epidermis y de la dermis, con desprendimiento del estrato córneo.

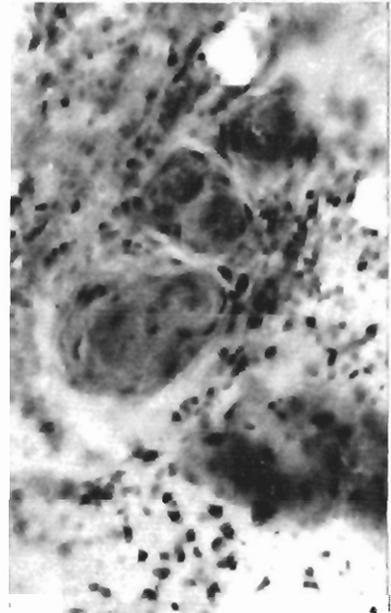


Fig. 3. — Examen histológico a mayor aumento de la dermis de una zona de livedo reticularis necrosante. Obsérvense que los pequeños vasos están obliterados, con infiltrado celular alrededor.

Tratada con prednisona y fenilbutazona, mejora; disminuyen el edema y el dolor y no aparecen nuevas placas necróticas. Las existentes se limitan y secan, iniciándose su eliminación. Al mes de su ingreso sale de la Clínica en vías de curación.

COMENTARIO

Esta enfermedad cutánea denominada Livedo Reticularis es habitualmente una enfermedad benigna que origina mínimas molestias. En raros casos las lesiones arteriolas son intensas, originando úlceras o gangrena parcelaria. A esta forma clínica se le puede denominar *Livedo Reticularis Necrosante*. En el caso que presentamos el tratamiento médico ha sido suficiente. Se ha aconsejado la simpatectomía lumbar (BARKER, HINES MCK CRAIG (3) y SHUMACKER [4]). Esta operación, aunque puede mejorar la enfermedad, no impide la recidiva (FELDAKER, HINES y KIERLAND 5 y 6). En un caso publicado por BARKER, HINES y MCK CRAIG fue necesaria la amputación de las dos piernas.

RESUMEN

Con motivo de la presentación de un caso de Livedo reticularis necrosante, se efectúa un estudio clínico e histopatológico del mismo; tratado con éxito por reposo en cama, prednisona y fenilbutazona.

SUMMARY

The clinical and histopathologic studies in a patient with Livedo Reticularis associated with ulcerations is reported. Rest in bed, prednisone and phenylbutazone was successful.

BIBLIOGRAFÍA

1. WILLIAMS, C. M. y GOODMAN, H. — *Livedo reticularis*. "J.A.M.A.", 85:955:1925.
2. KLÜKEN, N. — "Angiologie", de M. RATSCHOW. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1959. Capítulo de Angiopathien, pág. 773.
3. BARKER, N. W.; HINES, E. A.; MCK CRAIG, W. — *Livedo reticularis: A peripheral arteriolar diseases*. "Amer. Heart Jour.", 21:592:1941.
4. SHUMACKER, H. B. — *A case of livedo reticularis and vasospasm treated by sympathectomy, with some notes on sympathetic anesthesia in labor*. "Surgery", 13: 257:1943.
5. FELDAKER, M.; HINES, E. A.; KIERLAND, R. R. — *Livedo reticularis with summer ulcerations*. "Arch. Dermat.", 72:31:1955.
6. FELDAKER, M.; HINES, E. A.; KIERLAND, R. R. — *Livedo reticularis with Ulcerations*. "Circulation", 13:196:1956.