

Úlceras de pierna: causas infrecuentes

*Dres. Sonia Ramos¹, Emilia Méndez², Adriana Labat³,
Alejandra Peyré³, Griselda de Anda⁴, Roberto Puig⁵,
Líber Mandressi⁵, Julio López⁵*

Resumen

Las úlceras de pierna responden mayoritariamente a insuficiencia venosa, enfermedad arterial o diabetes. Sin embargo existe multiplicidad de otras causas menos frecuentes a las que el médico puede enfrentarse y cuyo conocimiento es imprescindible. Este trabajo analiza una serie de 326 pacientes que fueron tratados por úlcera de pierna en varios centros de atención. A todos ellos se les realizó al ingreso estudio Doppler venoso o arterial, o ambos, según la clínica, exudado de la úlcera y exámenes de valoración general. De acuerdo con la historia y el examen físico se realizó a determinados pacientes estudio eléctrico, búsqueda de estados hipercoagulables, estudio micológico y biopsia de la úlcera. Se destaca un pequeño porcentaje (6,7%) de pacientes que presenta un espectro etiológico variado que incluye: carcinomas cutáneos, estados hipercoagulables, infecciones micóticas, entre otras causas. En el mismo se pretende jerarquizar la importancia de la correcta evaluación clínica y paraclínica de los pacientes portadores de úlceras de pierna a fin de detectar estas enfermedades cuyo diagnóstico permite con el tratamiento oportuno evitar mayor morbilidad para el paciente, disminuir muchas veces el riesgo vital y minimizar los costos de los tratamientos innecesariamente prolongados.

Palabras clave: Úlcera de la pierna - etiología.
Carcinoma.
Neoplasmas cutáneos.

Introducción

Las úlceras de pierna continúan siendo aún hoy una pesada carga para todos los sistemas de atención de salud. A la problemática social derivada de la invalidez, se suma el altísimo costo generado por el tratamiento de estos pacientes. Cuando los afectados son jóvenes, a las implicancias negativas en la calidad de vida, debe agregarse la

pérdida de jornadas laborales, incrementándose así aun más el costo social que esta afección genera.

Sabido es que la mayoría de las úlceras de pierna obedecen a causas vasculares, fundamentalmente a insuficiencia venosa (70%-90%) y menos frecuentemente a enfermedad oclusiva arterial y diabetes (5%-10%)⁽¹⁻⁵⁾. Existe, sin embargo, un grupo minoritario de pacientes cuyas úlceras responden a causas particulares que incluyen enfermedad tumoral, causas hematológicas, infecciones específicas, y otras⁽¹⁻⁵⁾ (tabla 1). Este grupo, si bien pequeño, presenta mayor interés porque en él se encuentran generalmente los pacientes más jóvenes en los que naturalmente la enfermedad vascular pierde incidencia y en los que las úlceras de miembros inferiores pueden ser marcadores de graves enfermedades.

Este trabajo que surge de la práctica clínica apunta a la revisión de estas causas poco frecuentes de úlcera de pierna, destacando la importancia de su individualización para la instauración del tratamiento correcto desde el inicio del cuadro.

1. Prof. Adjunta.

2. Asistente.

3. Dermatólogos concurrentes.

4. Profesora Directora.

Departamento de Dermatología del Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo-Uruguay.

5. Cirujanos de la Unidad de Úlceras Trofovenosas del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo. Uruguay.

Correspondencia: Dra. Sonia Ramos.
Cataluña 3140. Montevideo. Uruguay.

Recibido: 30/08/00.

Aceptado: 6/03/01.

Tabla 1. Etiología de las úlceras de pierna

<p>Insuficiencia vascular Venosa Arterial Linfática</p>	<p>Porfiria cutánea tarda Pancreáticas</p>
<p>Neuropáticas Diabetes mellitus Tabes dorsal Siringomielia Lepra</p>	<p>Infeciosas Bacterianas Micosis profundas Espiroquetas Virales Parasitarias</p>
<p>Vasculitis Vasculitis leucocitoclástica Artritis reumatoidea Lupus eritematoso Esclerodermia Síndrome Sjögren Enfermedad de Behçet Poliarteritis nodosa Vasculitis nodular Granulomatosis de Wegener</p>	<p>Neoplásicas Carcinoma espinocelular Carcinoma basocelular Melanoma Sarcomas Linfoma cutáneo de células T y B Tumores anexiales Tumores metastásicos</p>
<p>Hematológicas Anemia falciforme Talasemia Policitemia vera Estados hipercoagulables Leucemia Crioglobulinemia Macroglobulinemia</p>	<p>Traumáticas Posquirúrgicas Posrádicas Por presión Por congelamiento Quemaduras Facticia</p>
<p>Metabólica Diabetes mellitus Gota Calcinosis Necrobiosis lipoídica</p>	<p>Miscelánea Paniculitis Vasculitis livedoide Pioderma gangrenoso Sarcoidosis Liquen plano erosivo Erupción fija por drogas síndrome de Sweet Fascitis eosinofílica</p>

Material y método

Durante un período de doce meses, 326 pacientes fueron asistidos en cuatro centros de tratamiento de úlceras de pierna. La distribución por sexos correspondió a 183 pacientes de sexo masculino y 143 de sexo femenino con edades entre los 28 años y los 96 años con una media de 67 años.

Los exámenes paraclínicos se solicitaron de acuerdo con la anamnesis y los hallazgos del examen físico de cada paciente:

- * A todos los pacientes que asociaban a su úlcera várices o trastornos cutáneos relacionados con insuficiencia venosa, se les solicitó ecoDoppler venoso.
- * A aquellos que presentaban úlceras de distribución distal, fondo necrótico, ausencia o disminución de pulsos distales, historia de claudicación intermitente dolorosa o diabetes se les realizó ecoDoppler arterial.

- * A los pacientes diabéticos que asociaban trastornos de la sensibilidad, se les completó la evaluación paraclínica con estudio de conducción nerviosa a fin de detectar compromiso neuropático. Este estudio se solicitó también a pacientes alcoholistas o portadores de otra neuropatía.
- * A las úlceras que mostraban fondo exofítico o tejido de granulación translúcido así como aquellas largamente evolutivas o que no respondían adecuadamente al tratamiento, se les realizó biopsia tomando por lo menos tres muestras que incluyeron bordes y lecho en busca de elementos de malignidad.
- * También se realizó estudio anatomopatológico de las úlceras múltiples, polimorfas, de reciente instalación, sugestivas de vasculitis cutánea y de aquellas cuya presentación clínica era evocadora de enfermedades como pioderma gangrenoso, vasculitis livedoide, etcétera.

- * En los casos en que el paciente presentaba antecedentes personales de trombosis, arterial o venosa, reiteradas o en territorios inusuales, así como historia de pérdidas fetales reiteradas, fueron investigados los estados hipercoagulables adquiridos o hereditarios con determinación de proteína C (PC), proteína S (PS), antitrombina III (ATIII), resistencia a la proteína C activada y anticuerpos antifosfolípidicos (AF: anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiopina).
- * En pacientes inmunodeprimidos se solicitó estudio micológico del lecho ulceroso.
- * En la consulta inicial a todos los pacientes se les realizó estudio bacteriológico, que fue repetido toda vez que ocurrieron cambios clínicos en la úlcera como aumento de la exudación, coloración amarillo-verdosa en el lecho o dolor, eritema y calor periulcerosos.
- * Se solicitó además en la primera consulta: hemograma, valoración renal con creatininemia y azoemia, orina completa y glicemia. En pacientes diabéticos se realizó además interconsulta con diabetólogo.

Resultados

Del total de 326 pacientes, 190 casos fueron de causa venosa (58,2%), 48 correspondieron a insuficiencia arterial (14,7%) y 41 tuvieron causa mixta: venosa y arterial (12,5%). Otro grupo compuesto por 25 pacientes presentó úlceras debido a su diabetes (7,6 %).

Los 22 pacientes restantes (6,7%) se dividieron entre diferentes causas minoritarias que incluyeron tumores, síndromes de hipercoagulabilidad, un caso de anemia hemolítica, infecciones micóticas, radiodermatitis, poliartritis reumatoidea (PAR), dos casos de vasculitis livedoide y un pioderma gangrenoso (tabla 2). Interesa entonces resaltar los siguientes resultados:

1. Un grupo importante presentó úlceras de pierna de

causa tumoral y comprendió siete pacientes que analizados separadamente muestran:

- a) tres carcinomas espinocelulares (CEC). De este subgrupo todos los pacientes eran portadores de úlceras de la región perimaleolar interna. Dos de ellos tenían piel clara e intenso fotodaño (figuras 1 y 2); la tercera paciente presentaba el CEC en la cicatriz quirúrgica de una trofoucleroplastia realizada ocho años antes.
- b) cinco carcinomas basocelulares (CBC) ya que una de las pacientes presentaba dos tumores. En este subgrupo dos pacientes eran portadoras de úlceras de pierna bilaterales, acompañadas de insuficiencia venosa documentada en el estudio Doppler. La falta de respuesta al tratamiento condujo al diagnóstico que en uno de los casos fue bilateral (figuras 3 y 4). El tercer paciente era portador de arteriopatía obstructiva crónica (AOC) confirmada por la arteriografía y fue enviado para tratamiento de una úlcera de cara interna de pierna que luego de realizada la revascularización permaneció incambiada. Un último paciente presentaba una lesión de cara anterior de pierna, aparentemente postraumática, que sin embargo no cicatrizó con tratamiento adecuado. En este subgrupo, curiosamente, todos los pacientes procedían de medio rural.

2. Un segundo grupo de relevancia abarcó las causas hematológicas e incluyó seis pacientes.

- a) En cinco de ellos se constataron estados hipercoagulables (EH) (tabla 3):

- * dos pacientes de sexo femenino (32 y 36 años) presentaron trombofilias hereditarias (una de ellas deficiencia de PC y la otra disfibrirogenemia).

- * en los restantes tres pacientes se constató síndrome antifosfolípido (SAF) primario.

Todos estos pacientes presentaban historia previa de trombosis reiteradas y tempranas, tromboembolismo pulmonar (TEP) y en un caso infarto de miocardio; la más joven de este grupo (28 años) había desarrollado sus úlceras perimaleolares bilaterales dos años antes de un TEP que determinó hipertensión pulmonar severa y cor pulmonale secundario (figuras 5 y 6). Por otra parte, la más añosa (64 años) tenía historia de abortos reiterados sin causa conocida. En todos ellos la valoración paraclínica confirmó la alteración hereditaria o la presencia de antecedentes familiares.

- b) Integra el grupo de las causas hematológicas además una anemia drepanocítica o falciforme que afectaba a la paciente más joven de la serie (21 años), con severa repercusión hepática, esplénica y ósea. Presentaba úlceras recidivantes perimealeolares, de aspecto en "sacabocados", profundas, con fondo

Tabla 2. Distribución de los pacientes según la causa

<i>Etiología</i>	<i>Nº pacientes</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Venosa	190	58,2
Arterial	48	14,7
Mixtas	41	12,5
Diabetes	25	7,6
Otras causas:	22	6,7
carcinomas	7	
hematológicas	5	
infecciosas	2	
radiodermatitis	3	
par	2	
V. livedoide	2	
P. gangrenoso	1	
Total	326	



Figura 1. Carcinomas espinocelulares (CEC) en cara interna de pierna simulando úlcera venosa.

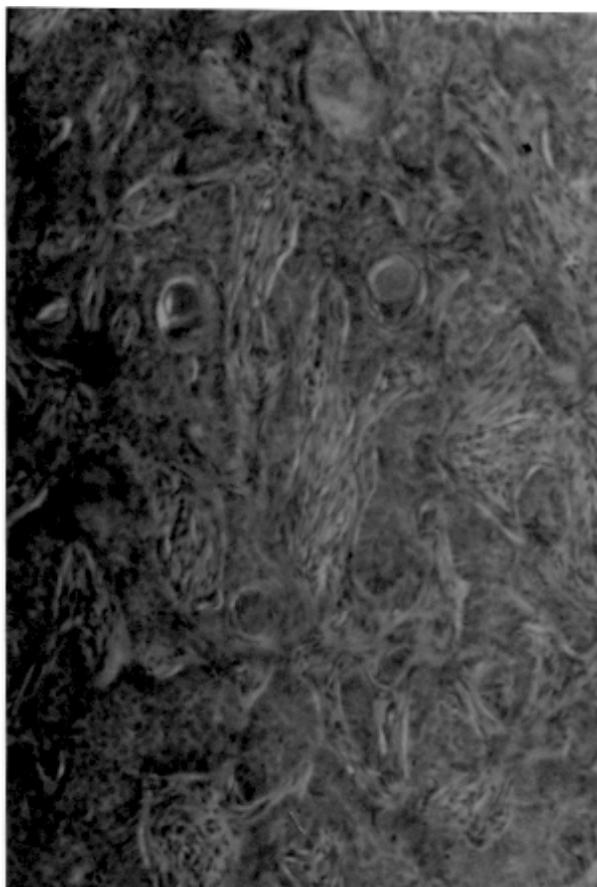


Figura 2. Histopatología correspondiente al mismo paciente confirmando el carcinoma espinocelulares (CEC).

Tabla 3. Clasificación de los estados hipercoagulables

<i>EH Hereditarios</i>	<i>EH Adquiridos</i>
Deficiencia de proteína C Resistencia la proteína C activada Deficiencia de proteína S Deficiencia de antitrombina III Disfibrinogenemias Displasminogenemias Deficiencia del cofactor II de la heparina Disminución de activador tisular del plasminógeno Aumento del inhibidor del activador tisular	Síndrome de anticuerpos antifosfolípido: primario secundario Deficiencias adquiridas de inhibidores de la coagulación

necrótico, intensamente dolorosas y de gran resistencia al tratamiento.

3. El tercer grupo de interés lo constituyeron las causas infecciosas representadas por dos pacientes:
 - a) Uno de ellos, sexo masculino, trabajador rural, presentaba tres úlceras agrupadas en la cara anterior de pierna derecha, de evolución subaguda y con fondo exofítico de cuyo estudio micológico se re-

cogió *Sporothrix schenckii* (figuras 7 y 8).

- b) La otra paciente era portadora de una enfermedad de Sjögren tratada en forma crónica con corticoides sistémicos y presentaba una úlcera de evolución tórpida en cara anterior de pierna. No presentaba insuficiencia venosa ni arterial, pero se observó severa distrofia en las uñas de sus pies, de cuyo estudio micológico se aisló un moho saprofita del



Figura 3. Carcinomas basocelulares (CBC) bilaterales simulando tejido de granulación.

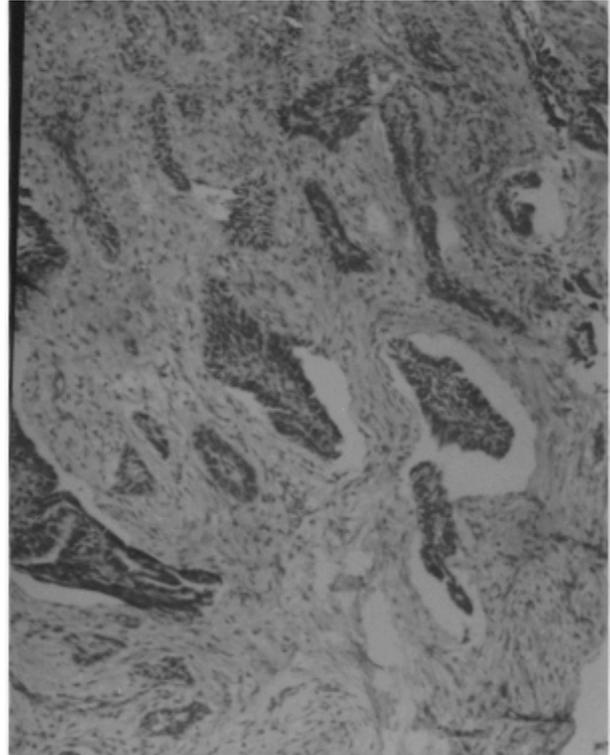


Figura 4. Estudio anátomo patológico del paciente que confirma carcinoma basocelulares (CBC).



Figura 5. Paciente de sexo femenino, 28 años, portadora de síndrome antifosfolípido (SAF) primario. Úlceras bilaterales que aparecen dos años antes del tromboembolismo pulmonar (TEP).



Figura 6. Radiografía de tórax de la paciente anterior (figura 5) que muestra cardiomegalia global e hipertensión pulmonar grado III.



Figura 7. Úlceras de cara anterior de pierna de instalación subaguda.

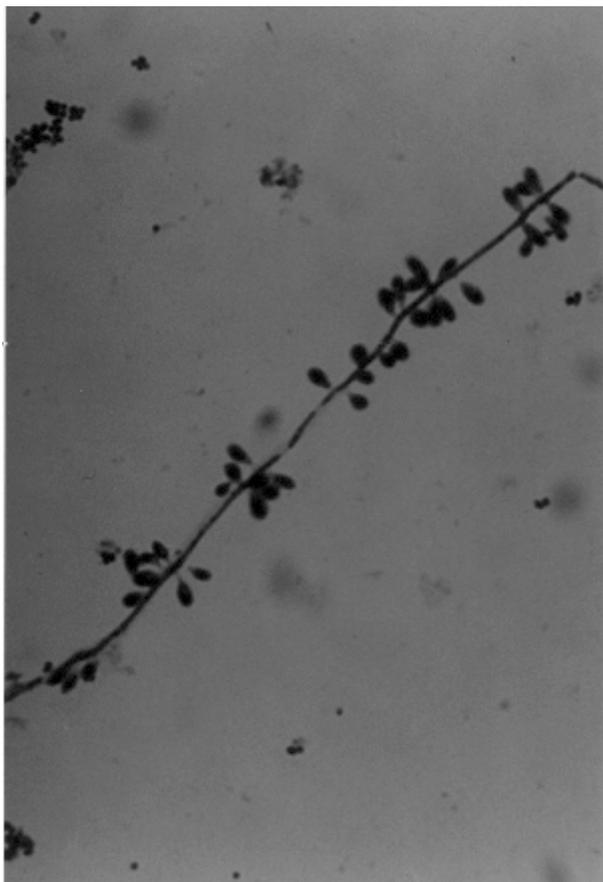


Figura 8. Estudio micológico confirmando la presencia de *S. schenckii*.

género *Fusarium*. Dada su inmunodepresión, se estudia también la úlcera que revela el mismo hongo.

4. Dentro de la miscelánea etiológica encontramos:

- * Tres pacientes que presentaron úlcera sobre radiodermatitis.
- * Dos pacientes de sexo femenino eran portadoras de PAR.
- * Dos fueron diagnosticados como vasculitis livedoide.
- * Una paciente presentó pioderma gangrenoso.

Discusión

Coincidimos con el resto de los autores en que la mayoría de las úlceras de pierna responden a causas vasculares y diabetes; al mismo tiempo observamos que un grupo no despreciable de pacientes ha presentado úlceras de etiologías muy particulares en porcentaje similar a los hallados en otros trabajos⁽¹⁻⁵⁾. Centraremos la discusión en aquellas enfermedades que diagnosticadas oportunamente cambian sustancialmente el pronóstico del paciente.

1. Un grupo muy ilustrativo es el de los siete pacientes que presentaron carcinomas cutáneos:

- a) En cuanto a los pacientes con CEC en dos de ellos creemos que se trataba de CEC de novo, debido a exposición actínica prolongada que por su topografía y aspecto clínico simulaban úlceras de pierna. En estos casos existían elementos sugestivos de daño actínico y factores predisponentes de la carcinogénesis⁽⁶⁾. La tercera paciente, en cambio, presentó su CEC en la cicatriz quirúrgica de una antigua trofoucleroplastia debido a úlcera venosa de larga evolución. Este cuadro podría corresponder al descrito por Marjolin⁽⁶⁻⁸⁾ referido a la transformación maligna en áreas con úlceras, fístulas crónicas o cicatrices de quemadura. La incidencia de este fenómeno es baja (entre 0,21 y 0,33%)⁽⁸⁻¹⁰⁾ y cuando ocurre es, como en nuestro caso, sobre todo hacia el CEC⁽⁷⁻¹⁰⁾ siendo mucho más raro el CBC⁽¹¹⁾.
- b) Los cuatro pacientes restantes de este grupo tuvieron confirmación anátomo-patológica de CBC. Si bien la mayoría de estos tumores se originan en cabeza y cuello, aproximadamente 8% pueden desarrollarse en miembros inferiores, sobre todo cuando los pacientes presentan fotoexposición crónica como los de medio rural⁽⁷⁾. En las pacientes de sexo femenino, si bien existía fotodaño, el cuadro clínico fue confuso pues presentaban severa insuficiencia venosa documentada por ecoDoppler de miembros inferiores. Autores como Block y Walkden plantean que la hipertensión venosa podría inducir malignización tanto en el sentido del CEC como del CBC. Estos cambios naturalmente requieren cronicidad de años o décadas^(9,12). En los dos pacientes de sexo masculino el diagnóstico también se vio demorado: uno de ellos atribuyó su lesión a un traumatismo y fue confundido con una laceración pretibial; el otro asociaba una arteriopatía obstructiva por lo que la lesión ulcerada naturalmente se vinculó a la misma. En todos estos casos la falta de respuesta al tratamiento fue lo que condujo al replanteo diagnóstico y la toma biopsica, ya que, como mencionan otros autores, a nivel de miembros inferiores suelen faltar las manifestaciones típicas de estos tumores como las pápulas perladas, las telangiectasias, etcétera⁽⁷⁾. En cambio debe despertar sospecha el tejido de granulación exuberante, a veces translúcido del fondo ulceroso, que puede ser confundido con tejido de granulación normal^(7,12).

Nuestros hallazgos tienen coincidencia con otros autores que también observaron con cierta frecuencia tumores malignos que se presentaron clínicamente como úlceras de pierna. En este sentido Chang⁽⁷⁾ revió 135 casos de

úlceras malignas de miembros inferiores, encontrando con frecuencia decreciente linfomas (35%), CEC (27%), CBC (15%) y melanomas (9,6%). Del relato de nuestra experiencia y de la de otros colegas^(6,8,11,12) surge la necesidad de biopsiar aquellas úlceras que no cicatrizan en tres meses de tratamiento adecuado o cuando ya en la primera consulta el aspecto es atípico. La biopsia por punch del borde y del fondo de la úlcera, comprendiendo por lo menos tres tomas, no representa riesgo para el paciente pero en cambio confirma o descarta la malignidad^(7,8).

2. El segundo grupo de importancia lo constituyen las causas hematológicas, en las que al realizar el diagnóstico no solamente instalaremos el tratamiento correcto, sino que sobre todo podremos evitar complicaciones vitales para el paciente. Este grupo que incluye a los pacientes más jóvenes de la serie (entre 21 y 36 años), está comprendido casi en totalidad por los EH.

- * En las dos trombofilias hereditarias, siempre estuvo presente el antecedente de trombosis de instalación precoz (alrededor de los 20 años).
- * En los tres SAF estaban presentes los criterios diagnósticos clínicos antes del desarrollo de las úlceras. Recordemos que éstas son una de las manifestaciones cutáneas más frecuentes del síndrome presentándose en hasta 30% de los casos y no siempre vinculada a la trombosis⁽¹³⁻¹⁵⁾.

El hallazgo de EH en pacientes con úlcera venosa ha sido estudiado por diferentes autores. Falanga encuentra una prevalencia de 19% de trombofilias hereditarias en pacientes con insuficiencia venosa o úlcera, o ambos⁽¹⁵⁾ y Munkvad de 25% en pacientes con úlcera⁽¹⁶⁾, porcentaje este último con el cual coincidimos en una serie realizada

anteriormente por nosotros⁽¹⁷⁾. Otros autores, sin embargo, no encuentran mayor prevalencia que en la población general⁽¹⁹⁾. La discrepancia en el número de casos hallado en esta serie con respecto a nuestro trabajo anterior, probablemente sea debida a que en aquél varios de nuestros pacientes fueron enviados para tratamiento desde otros servicios como hematología y medicina interna, lo cual constituye una forma de selección que aumenta el porcentaje estadístico.

- * La otra causa hematológica fue la anemia falciforme, de muy baja prevalencia en nuestro medio; las úlceras en esta paciente presentaban las características clínicas y evolutivas típicas de las que acompañan a esta afección, que por otra parte son la complicación cutánea más frecuente de la anemia drepanocítica⁽²⁰⁻²²⁾.
3. En tercer lugar destacamos la causa infecciosa, sobre todo por el aumento del número de pacientes inmunodeprimidos en los cuales la omisión diagnóstica puede llevar a un desenlace fatal. En los dos casos que se detectaron hongos como agentes patógenos en las úlceras de pierna, la sospecha estuvo dada por la instalación subaguda de las mismas.
- * Los antecedentes epidemiológicos del paciente de sexo masculino y el hallazgo de una reacción granulomatosa en la anatomía patológica acercaron aún más al diagnóstico; se trataba de la variedad cutánea fija de esporotricosis que puede muchas veces presentarse como una úlcera de bordes engrosados, permaneciendo localizada en el punto de infección sin compromiso linfático^(23,24).
 - * El segundo caso, en el cual se aísla *Fusarium*, es demostrativo de que en pacientes inmunodeprimidos es

Tabla 4. Estudios paraclínicos de utilidad en el diagnóstico de las úlceras de pierna

Úlcera de pierna:

- * Ecodoppler venoso o arterial, o ambos (orientación clínica)
- * Estudio bacteriológico directo y cultivo
- * Hemograma, función renal, glicemia

En las siguientes situaciones clínicas, COMPLETAR el diagnóstico con:

- * Estudio de conducción nerviosa: pacientes diabéticos, alcoholistas, otras neuropatías
- * Búsqueda de estados hipercoagulables (PC, PS, ATIII, ACA, AL): pacientes menores de 40 años, AP o AF, o ambos, de trombosis venosas o arteriales, presencia de elementos clínicos de SAF.
- * Estudio anátomo-patológico:
 - Fondo ulceroso exofítico translúcido
 - Larga evolución
 - No respuesta al tratamiento adecuado
 - Presentación clínica evocadora de patologías cutáneas específicas: pioderma gangrenoso, vasculitis cutánea, vasculitis livedoide, etc.
- * Estudio micológico directo y cultivo:
 - Úlceras previamente tratadas con antibióticos tópicos
 - Pacientes inmunodeprimidos

imperativo realizar estudio micológico ya que diferentes agentes (en este caso un hongo saprofita) pueden, desde reservorios ungueales, causar o agravar lesiones cutáneas⁽²⁵⁻²⁸⁾.

4. Finalmente, resta un pequeño grupo en el que incluimos varias causas de menor incidencia en nuestra serie como las úlceras posradiodermatitis, las que ocurren en la PAR⁽²⁹⁻³²⁾, la vasculitis livedoide⁽³³⁻³⁵⁾ y el pioderma gangrenoso⁽³⁶⁻³⁸⁾. Todas ellas se deben tener presente en los planteos diagnósticos a los efectos de iniciar el tratamiento específico.

Este trabajo pretende transmitir la experiencia obtenida en servicios especializados en el diagnóstico y tratamiento de úlceras de pierna mostrando un espectro diagnóstico mucho más amplio del que se maneja en la práctica diaria. El camino a seguir para resolver con éxito a estos pacientes debe ser considerar la úlcera en sí no como diagnóstico definitivo, sino simplemente como diagnóstico semiológico y comenzar inmediatamente la investigación etiológica (tabla 4). Este objetivo, que no debemos perder de vista, en primer término implica realizar el examen cuidadoso de la úlcera y del área periulcerosa, que muchas veces ofrece la clave diagnóstica; en segundo lugar requiere la anamnesis del paciente más allá de las causas vasculares; y, sin duda, obliga al médico a conocer las etiologías inusuales, en las que el diagnóstico oportuno conduce rápidamente a la institución del tratamiento correcto. Creemos que la atención centralizada de estos pacientes, constituyendo un equipo multidisciplinario integrado por dermatólogo, cirujano vascular, cirujano plástico y diabetólogo, es una de las mejores vías para lograr estos objetivos ya que permite la realización de una buena evaluación inicial, la revaloración permanente durante la evolución y, cuando esta no es favorable, el replanteo diagnóstico. Por tanto, si bien las principales y más frecuentes causas de úlceras son vasculares, no debemos olvidar aquellas causas minoritarias que cuando se detectan resuelven inmediatamente al enfermo, mejorando su calidad de vida y disminuyendo los costos de la atención médica.

Agradecimientos

Los autores agradecen especialmente a los anatómo patólogos doctores Mario Echenique, Ernesto Ormaechea, Jorge Sanguinetti y Jorge Verchelli, por su valioso aporte diagnóstico.

Summary

Leg ulcers are usually caused by venous failure, arterial pathology or diabetes. However, there are many other causes clinicians may face that must be known. A serie of

326 patients carriers of leg ulcer and treated in different health units is analised. All of them underwent arterial or venous Doppler or both at admission, depending on clinical, general and ulcer liquid examination. According to both history and physical examination, some patients were submitted to electric tests, search of hyperclotted status, mycologic analysis and ulcer biopsy. A small percentage of patients (6,7%) showed an etiologic range including: skin carcinoma, hyperclotted status, and mycologic infections among other causes. The study intends to highlight the importance of clinical and paraclinical assessment of carriers of leg ulcer in order to diminish morbidity, vital risk, and costs of excessively long treatments.

Résumé

Les ulcères de jambe sont dûes, la plupart des fois, à une pathologie veineuse, artérielle ou au diabète. Il existe pourtant une multiplicité de causes moins fréquentes que le médecin pourrait trouver et qu'il devrait donc bien connaître. Ce travail analyse 326 patients traités par ulcère de jambe dans plusieurs établissements d'assistance. Tous avaient été soumis à l'étude Doppler veineux ou artériel, parfois les deux, ainsi qu'à un exsudat de l'ulcère et à des examens d'évaluation générale. Selon l'histoire et l'examen physique, on a réalisé à certains patients une étude électrique, une recherche d'états hypercoagulables, étude mycosique et biopsie de l'ulcère. Un petit pourcentage (6,7%) présente un éventail étiologique varié qui inclut : carcinomes cutanés, hypercoagulation, infections mycosiques, entre autres. Dans ce travail, on tient à hiérarchiser l'importance d'une correcte évaluation clinique et paraclinique des patients porteurs d'ulcères de jambe, afin de détecter ces pathologies dont le diagnostic permettrait, accompagné d'un bon traitement, d'éviter une plus grande morbidité pour le patient, ainsi que de diminuer le risque vital et de minimiser les coûts des traitements vainement prolongés.

Bibliografía

1. **Falabella A, Falanga V.** Uncommon causes of ulcers. *Clin Plast Surg* 1998; 25 (3): 467-79.
2. **Bowman PH, Hogan DJ.** Leg ulcers: a common problem with sometimes uncommon etiologies. *Geriatrics* 1999; 54(3): 43-53.
3. **Levine JM.** Leg ulcers: Differential diagnosis in the elderly. *Geriatrics* 1990; 45(6): 32-41.
4. **Burton CS.** Management of chronic and problem lower extremity wounds. *Dermatol Clin* 1993; 11: 767-73.
5. **Eaglstein WH, Falanga V.** Chronic wounds. *Surg Clin North Am* 1997; 77(3): 689-99.
6. **Dzubow L, Grossman D.** Carcinoma de células escamosas. In: Friedman R, Rigel D, Kopf A, Harris M, Baker D. *Cáncer de piel*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1993: 90-2.
7. **Phillips TJ, Salman SM, Rogers GS.** Nonhealing leg ul-

- cers: A manifestation of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 47-9.
8. **Rahimizadeh A, Shelton R, Weinberg H, Sadick N.** The development of a Marjolin's cancer in a Human Immunodeficiency Virus-positive Hemophilic man and review of the literature. *Dermatol Surg* 1997; 23: 560-3.
 9. **Baldursson B, Sigurgeirsson B, Lindelöf B.** Venous leg ulcers and squamous cell carcinoma: a large-scale epidemiological study. *Br J Dermatol* 1995; 133: 571-4.
 10. **Grenier JM, Barrière I, Rouffy J.** Transformation maligne des ulcères des membres inférieurs. *Rev Med Intern* 1993; 14: 51-3.
 11. **Lanehart WH, Irwan DS, Misra RP, O'Neal B.** Metastasizing Basal Cell Carcinoma originating in a stasis Ulcer in a black woman. *Arch Dermatol* 1983; 119: 587-91.
 12. **Harris B, Eaglstein W, Falanga V.** Basal cell carcinoma arising in venous ulcers and mimicking granulation tissue. *J Dermatol Surg Oncol* 1993; 19:150-2.
 13. **Alegre VA, Gastineau DA, Winkelmann RK.** Skin lesions associated with circulating lupus anticoagulant. *Br J Dermatol* 1989; 120: 419-29.
 14. **Goldberg DP, Lewis VL, Koenig WJ.** Antiphospholipid antibody syndrome: a new cause of non healing skin ulcers. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 837-41.
 15. **Alcaraz I, Lefevre I, Lafon C, Forzy G, Modiano P.** Leg ulcers and antiphospholipid antibodies. Prospective study of 48 cases. *Ann Dermatol Venereol* 1999; 126: 313-6.
 16. **Falanga V, Bontempo FA, Eaglstein H.** Protein C, protein S plasma levels in patients with lipodermatosclerosis and venous ulceration. *Arch Dermatol* 1990; 126: 1195-7.
 17. **Munkvad S, Jorgensen M.** Resistance to activated protein C: a common anticoagulant deficiency in patients with venous leg ulceration. *Br J Dermatol* 1996; 134: 296-8.
 18. **Méndez E, Ramos S, Labat A, Peyré A.** Prevalencia de estados hipercoagulables en pacientes portadores de úlcera venosa crónica. *Rev Chilena Dermatol* 1998; 14: 142-5.
 19. **Ribeaudeau F, Senet P, Cayuela J, Fund X, Paul C, Robert C, et al.** A prospective coagulation study including resistance to activated protein C and mutation in factors V and II in venous leg ulcers. *Br J Dermatol* 1999; 141:259-63.
 20. **Ballas S, Mohandas N.** Sickle-cell disease. *Hematol Oncol Clin North Am* 1996; 10: 1221-39.
 21. **Eckman JR.** Leg ulcers in sickle- cell disease. *Hematol Oncol Clin North Am* 1996; 10: 1333-44.
 22. **Billet H, Pate I, Rivers SP.** Venous insufficiency is not the cause of leg ulcers in sickle cell disease. *Am J Hematol* 1991; 37: 133-4.
 23. **Conti Días I.** Esporotricosis. *Rev Med Uruguay* 1987; 3: 135-47.
 24. **Davis BA.** Sporotrichosis. *Dermatol Clin* 1996; 14:69-76.
 25. **Anaisse E, Kantarjian H, Jones P, Barlogie B, Luna M, López-Berestein G, et al.** Fusarium: a newly recognized fungal pathogen in Immunosuppressed Patients. *Cancer* 1986; 57: 2141-5.
 26. **English M, Smith R, Harman R.** The Fungal flora of ulcerated legs. *Br J Dermatol* 1971; 84:567-81.
 27. **Maestre Vera JR, Almagro Sánchez M.** Onicomycosis por hongos no dermatofitos. *Piel* 1991; 6: 479-88.
 28. **Bonasse J, Cabrera R, Ramos S, de Anda G.** Onicomycosis por Mohos Saprófitos. *Rev Chilena Dermatol* 1997; 13:202-7.
 29. **Ramsay CA.** Reacciones cutáneas a las radiaciones actínicas e ionizantes. In: Rook A, Wilkinson D, Ebling E, Champion R, Burton J. *Tratado de Dermatología*. 4ª ed. Barcelona: Doyma, 1989: 722.
 30. **Ryan TJ, Wilkinson DS.** Enfermedades de las venas y las arterias. Úlceras de las piernas. In: Rook A, Wilkinson D, Ebling E, Champion R, Burton J. *Tratado de Dermatología* 4ª ed. Barcelona: Doyma, 1989: 1325.
 31. **Gaylarde, PM, Dodd HJ, Sarkany I.** Venous leg ulcer and arthropathy. *Br J Rheum* 1990; 29: 142-4.
 32. **Cordero A, Cobreros M, Allevato M, Donatti L.** Enfermedades reumáticas. In: *Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1997: 40-1.
 33. **Gibson LE, Su WP.** Cutáneo Vasculitis. *Rheum Dis Clin North Am* 1990; 16:309-23.
 34. **Sams WM.** Livedo Vasculitis. *Arch Dermatol* 1988; 124: 684-7.
 35. **Falanga V, Eaglstein W.** Skin around the ulcer. In: *Leg and Foot ulcers, a clinician's guide*. St. Louis, Missouri: Mosby, 1995: 47-90
 36. **Falanga V, Eaglstein W.** Connective tissue disease. In: *Leg and Foot ulcers, a clinician's guide*. St. Louis, S: Mosby, 1995: 3-4.
 37. **Newell L, Malkinson MD.** Pyoderma Gangrenosum. *Arch Dermatol* 1982; 118: 769-73.
 38. **Powell F, Su D, Perry H.** Pyoderma Gangrenosum: Classification and management. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 395-409.