

Lesiones de Bywaters

Bywaters injuries

Kenneth Salazar-Madrigal¹ Caleb Salazar-Hernández²

Femenina de 58 años, portadora de artritis reumatoidea que consulta por lesiones asintomáticas localizadas en región palmar de ambas manos, luego de la exploración clínica y el estudio histopatológico se llega al diagnóstico de lesiones de Bywaters. (Imagen 1 y 2)

¹Clínica Regenera, San Ramón de Alajuela, Costa Rica

²Universidad de Iberoamérica, San José, Costa Rica

ORCID:

*<https://orcid.org/0000-0002-0628-9170>

Correspondencia a:

Kenneth Salazar Madrigal

Dirección: Urbanización Berta Eugenia, casa 111, Heredia, Costa Rica

Email: kenneth_salazarm@mail.ee

Fecha de recepción: 09 de noviembre de 2020

Fecha de aprobación: 12 de diciembre de 2020

Citar como: Salazar Madrigal K, Salazar-Hernández C. Lesiones de Bywaters. Rev. Peru. Investig. Salud. [Internet]; 5(1): 50-51. Available from: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/817>

2616-6097/©2021. Revista Peruana de Investigación en Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.



Figura 1. Máculas eritematosas en región palmar de tercer falange



Figura 2. Vista dermatoscópica

Se conoce como lesiones de Bywaters a las máculas eritematosas que comprometen la porción distal de pulpejos de pacientes con Artritis reumatoidea (AR), fue descrita en 1957 por el reumatólogo inglés Eric Lapthorne Bywaters. (1, 2)

El posible mecanismo desencadenante es la trombosis generada tras el engrosamiento concéntrico de la íntima la cual a su vez oblitera el lumen del vaso hasta provocar la destrucción parcial del mismo con la subsecuente endarteritis obliterante que da origen a las lesiones clínicas. Aproximadamente el 81 % de los pacientes con AR muestran manifestaciones cutáneas, las cuales incluyen úlceras en miembros inferiores, purpura, infartos digitales, gangrena entre otras; además de la AR las lesiones de Bywaters pueden ser parte de la AR juvenil, el síndrome de Felty y otras enfermedades del tejido conectivo. (3, 4)

Clínicamente las lesiones de Bywaters consisten en pequeñas máculas o pápulas, únicas o múltiples, eritematosas o purpúricas que oscilan entre 0.5 a 1 mm de diámetro que asientan sobre palmas, pulpejos, pliegue proximal o lecho ungueal. Su aparición es insidiosa, son asintomáticas y desaparecen en pocos días sin dejar cicatriz.

Pueden complicarse con microinfartos cutáneos que ocasionan úlceras dolorosas al igual que gangrenas extensas en las extremidades. (2, 4)

A nivel histológico no hay hallazgos patognomónicos, en dermis superficial hay micro infartos con vasculitis leucocitoclástica de pequeños vasos, el diagnóstico diferencial clínico debe plantearse con nódulos reumatoides, hemangioma capilar, lesiones de Janeway, sarcoma de Kaposi, sarcoidosis, granuloma facial, palma lúpica entre otros. (1, 2)

Las lesiones de Bywaters no se correlacionan con vasculitis sistémica, exacerbaciones ni otras manifestaciones sistémicas de la enfermedad, tampoco constituyen un predictor de mal pronóstico y no suelen mostrar relación con el estado articular. El uso prolongado de corticoesteroides no ha demostrado tener relación con las lesiones de Bywaters. Por su carácter evanescente y su buen pronóstico clínico no requieren de tratamiento específico. (2, 3)

Contribución de los autores

Autoría única.

Conflicto de Interés

No hay conflicto de intereses a declarar.

Fuentes de financiamiento

El estudio fue de carácter autofinanciado.

Referencias

1. Schiazza L. Bywater's lesions [en línea]. 2020. [2 de noviembre del 2020]; disponible en: www.lucianoschiazza.it
2. Boulinguez S, Viraben R. Bywater's lesions. *Dermatology*. 2001; 203: 86. DOI: 10.1159/0000517116
3. Fazel M, Merola J, Kurtzman D. Inflammatory arthritis and crystal arthropathy: Current concepts of skin and systemic manifestations. *Clin dermatol*. 2018; 36: 533-550. Doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.04.010
4. García C, Lerouyx M. Vasculitis reumatoidea: serie de seis casos. *Dermatol Rev Mex*. 2015; 59: 201-207.