

CASI CLINICI

1. V. Leucocitoclasica (Figg.1, 2, 3, 4, 5)
2. V. Eosinofila (Figg.6, 7)
3. V. Clinica (Figg.8, 9, 10, 11)

CASO N° 1



Fig.1

Paz. di 81 anni con lesioni cutanee croniche bilaterali con maggior estensione a dx dove si notano due ulcere separate da un ponte di tessuto sano (Figg1,2).



Fig. 2

Il substrato venoso della paziente, ha suggerito in prima battuta l'ipotesi eziologica venosa. Come seconda ipotesi, dovuta all'osservazione dei bordi di lesione che si presentavano infiammati e dolenti, si pensava ad una genesi di tipo autoimmune. Evidente estensione dopo 8 mesi. (Figg.3,4,5)

RISULTATO: esame istologico positivo per vasculite leucocitoclasica



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

CASO N° 2



Fig.6

Paziente donna di 78 anni.
Lesione 1/3 inferiore gamba dx
da 2 mesi molto dolente.
Margini infiammati con piccole
aree di necrosi.
Fondo fibrinoso-necrotico.
Doppler positivo per AOP.
Comorbidità: ipertensione e
insufficienza venosa.
Si segnala una figlia affetta da
LES

Compliance mediocre.
Dolore mal controllabile.
Estensione della lesione
resistente ad ogni
trattamento.
Viene sottoposta a PTA
con importante riduzione
della sintomatologia
dolorosa e si inizia terapia
con cortisonici.



Fig.7

La paziente è stata sottoposta a impianto di fibroblasti autologhi. Il periodo post-impianto è stato trascorso presso una casa di cura per lungodegenti per un periodo di tre mesi. Di carattere molto chiuso ed aggressivo, non ha mai assunto la terapia sistemica in modo continuativo e puntuale. La paziente è andata in drop out.

CASO N° 3



Fig.8

Paziente donna di 95 anni.
Comorbidità: ipertensione,
AOP,
insufficienza venosa. Ca
mammella operato.
Lesione posteriore al 1/3
medio di gamba molto dolente
con segni di contaminazione.
Instaurata terapia locale con
garze di iodopovidone e
sistemica con Amoxicillina +
Clavulanico. (Fig 8)

Dopo 15 giorni la lesione si estendeva, la cute perilesionale infiammata e congesta suggerivano un'eziologia di tipo autoimmune.
La medicazione non è stata cambiata. (Fig.9)

Dopo altri 20 giorni la lesione peggiorava assumendo aspetto francamente necrotico sul fondo. La cute perilesionale meno infiammata, presentava aree di flogosi localizzate. (Fig.10)



Fig.9

In tempi abbastanza brevi (ulteriori 15 giorni) la lesione andava delimitandosi, il piastrone necrotico si infiltrava nei tessuti profondi e la cute perilesionale si riaccendeva di fatti flogistici. La comparsa di flittene a contenuto francamente emorragico avvicinava l'ipotesi sempre più all'eziologia autoimmune.
(Fig.11)

Il dolore diveniva importantissimo soprattutto durante la medicazione che veniva eseguita con idrogel e garza grassa.
In diagnosi differenziale rimaneva l'ipotesi arteriosa.



Fig.10

Il dialogo con la famiglia era molto faticoso a causa della scarsa presenza della stessa, unita ad una debole volontà di affrontare il problema. La paziente, residente in RSA, è deceduta SENZA DIAGNOSI.



Fig.11