

## Mujer mayor con petequias

Fabra Noguera A<sup>1</sup>, Pablos Herrero E<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CAP Creu Alta

<sup>2</sup>CAP Sant Oleguer

Sabadell (Barcelona)

Paciente de 74 años de edad, que consulta por la aparición de lesiones en las piernas, desde el tobillo hasta la rodilla. Se trata de lesiones puntiformes, palpables, de color rojo vinoso, asintomáticas. Dado que toma acenocumarol, una vecina le ha advertido de que acudiera rápidamente a nuestra consulta. No refiere fiebre y presenta artromialgias. Al preguntarle si había estado resfriada, nos cuenta que hace dos semanas tuvo un dolor de garganta con fiebre, por el que acudió al Centro de Salud; el médico de guardia le diagnosticó faringoamigdalitis y le prescribió un antibiótico cuyo nombre no recuerda.

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial y fibrilación auricular crónica. Tratamiento actual: acenocumarol (según pauta), enalapril (20 mg/día), amiodarona (5 días a la semana) e hidroclorotiazida (25 mg/día). Presenta un buen control de la presión arterial, es una paciente autónoma para las actividades de la vida diaria y vive sola.

Ahora está afebril y la exploración física por aparatos se encuentra dentro de los límites de la normalidad. Sólo destacan las lesiones en las piernas, puntiformes, de color rojo vinoso, palpables, que no desaparecen con vitropresión; no son dolorosas ni pruriginosas. No hay más lesiones en el resto del cuerpo.

Consultamos por teléfono con el dermatólogo de referencia, le describimos las lesiones y tomamos unas fotografías (**Figuras 1 y 2**). Ante la sospecha de vasculitis leucocitoclástica, nos aconseja realizar analítica completa con función renal y nos da cita para ver a la paciente y efectuar una biopsia de las lesiones. Los resultados de la analítica estaban dentro del rango de normalidad y la



Figura 1.



Figura 2.

anatomía patológica nos confirmó la sospecha de vasculitis leucocitoclástica.

Podríamos haber planteado *a priori* un diagnóstico diferencial con todas las entidades recogidas en la **tabla 1** y a partir de los criterios de la **tabla 2**.

### COMENTARIO

La vasculitis por hipersensibilidad o vasculitis leucocitoclástica es la forma más frecuente de vasculitis y representa el 17-29% de los casos.

**Tabla 1. CLASIFICACIÓN DE LAS VASCULITIS**

PRIMARIAS	SECUNDARIAS
Arteritis temporal	Artritis reumatoide
Síndrome de Kawasaki	Infecciones
Síndrome de Wegener	Neoplasias
Síndrome de Churg-Straus	Medicaciones
Vasculitis leucocitoclástica primaria	Lupus eritematoso sistémico
Panarteritis nodosa	

Las vasculitis pueden ser la única expresión de enfermedad: vasculitis primarias; o pueden asociarse a otra entidad nosológica: vasculitis secundarias

**Tabla 2. CRITERIOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE VASCULITIS LEUCOCITOCILÁSTICA**

- Edad de comienzo superior a los 16 años
- Toma de medicación al inicio del cuadro
- Púrpura palpable
- Erupción maculopapular
- Biopsia de arteriola y vénula en la que se observen neutrófilos perivasculares o extravasculares

Se requiere la presencia de al menos 3 de los 5 criterios

El mecanismo principal de producción es el depósito de inmunocomplejos, que pueden activar el sistema de complemento y producir la fracción C3 y C5. Esto desencadena la quimiotaxis de polimorfonucleares, que liberan enzimas lisosomales que generan el daño tisular.

El origen de los complejos antígeno-anticuerpo es idiopático en el 50% de las ocasiones. Un 20% se asocian a infecciones (sobre todo víricas y bacterianas), un 22% se asocian a medicaciones y un porcentaje menor a enfermedades del tejido conectivo (12%) y a antígenos tumorales (<5%), especialmente de origen linfoproliferativo o mieloproliferativo.

Ante la sospecha clínica de vasculitis debemos determinar la etiología, la extensión de la afectación vascular y establecer tratamiento adecuado:

- Confirmar el diagnóstico de vasculitis mediante la realización de una biopsia cutánea (ver el tipo de infiltrado, el tamaño del vaso afectado y realizar estudios de inmunofluorescencia directa para demostrar la presencia de inmunocomplejos).
- Examinar la repercusión sobre órganos internos

para establecer si existe sólo afectación cutánea o también sistémica.

- Estudiar las posibles causas para intentar determinar si es una vasculitis primaria (dentro de los síndromes de vasculitis primarios) o secundaria.

El tratamiento de soporte consiste en reposo, elevación de las partes declives y protección frente a traumatismos y frío. Se añaden antiinflamatorios (corticoides tópicos, antiinflamatorios no esteroideos), antiagregantes plaquetarios (aspirina, dipiridamol), medicación sistémica (corticoides sistémicos) e inmunosupresores.

En este caso se prescribieron corticoides orales (1 mg/Kg), reposo y diclofenaco. Se realizó estudio con biopsia y la anatomía patológica confirmó el diagnóstico. Dado que había padecido un cuadro de faringoamigdalitis tratado con antibiótico, creemos que ése es el posible desencadenante del episodio.

Los pacientes que toman anticoagulantes a veces atribuyen erróneamente lesiones cutáneas al tratamiento; a veces acuden a su médico y otras esperan o no acuden. Deberían consultar a su médico y/o enfermera de familia para poder descartar una patología banal, si es el caso, o bien tratar de llegar a un diagnóstico certero y a un tratamiento adecuado. Las vasculitis de pequeño vaso tienen un curso relativamente benigno, autolimitado si la enfermedad está circunscrita a la piel, pero en algunos casos tienen una evolución más agresiva, por lo que es conveniente detectar y evitar futuras complicaciones si hay afectación sistémica (renal, cardíaca, digestiva...).

## BIBLIOGRAFÍA

- Carlson JA, Chen KR. Cutaneous vasculitis update: small vessel neutrophilic vasculitis syndromes. *Am J Dermatopath* 2006;28:486.
- Bosch X, Guilabert A, Font J. Antineutrophil cytoplasmic antibodies. *Lancet* 2006;368:404-18.
- González-Gay, MA, García-Porrúa C, Pujol RM. Clinical approach to cutaneous vasculitis. *Curr Op Rheumatol* 2005;17:56.