



## Clínica cotidiana

# De pies y manos al tronco: manifestación cutánea de vasculitis leucocitoclástica

Nuria Álvarez Hernández<sup>a,\*</sup>, Irene Pascual Such<sup>b</sup>, Ana María Rincón Benavent<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Alpes. Madrid. <sup>b</sup>Centro de Salud Jazmín. Madrid. <sup>c</sup>Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 13 de octubre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

#### Palabras clave:

Vasculitis

Leucocitoclástica

Atención primaria

### R E S U M E N

Mujer de 48 años con antecedente de sarcoma indiferenciado de fémur tratado hace 7 años, que consulta por aparición progresiva de petequias de 8 días de evolución. Las lesiones se distribuyen desde pies y manos hacia extremidades y tronco, sin prurito ni síntomas sistémicos. En atención primaria se realiza una primera valoración con exploración y analítica básica (hemograma, coagulación, serologías, autoinmunidad), sin hallazgos relevantes. Ante la sospecha de vasculitis, se deriva a dermatología, donde la biopsia cutánea confirma una vasculitis leucocitoclástica.

Este caso resalta la importancia de la atención primaria en la detección precoz y orientación diagnóstica de lesiones purpúricas. El médico de familia, mediante una anamnesis exhaustiva, exploración física detallada y solicitud de pruebas iniciales, cumple un rol esencial en la seguridad del paciente y en la coordinación con otros niveles asistenciales. Asimismo, este caso recuerda la necesidad de mantener una visión amplia y sistemática ante manifestaciones clínicas aparentemente banales, dado que pueden ser la primera expresión de patologías menos frecuentes, pero clínicamente relevantes.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

### From feet and hands to the trunk: cutaneous manifestation of leukocytoclastic vasculitis

#### A B S T R A C T

A 48-year-old woman with a history of undifferentiated femoral sarcoma treated 7 years ago presented with progressive onset of petechiae over 8 days. The lesions spread from the feet and hands to the extremities and trunk, without pruritus or systemic symptoms. In primary care, an initial assessment was carried out, including physical examination and basic laboratory tests (complete blood count, coagulation, serologies, autoimmunity), with no relevant findings. Given the suspicion of vasculitis, she was referred to dermatology, where a skin biopsy confirmed leukocytoclastic vasculitis.

#### Keywords:

Vasculitis

Leukocytoclastic

Primary care

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [nuriialvarez5@gmail.com](mailto:nuriialvarez5@gmail.com) (N. Álvarez Hernández).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.044>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

This case highlights the importance of primary care in the early detection and diagnostic orientation of purpuric lesions. The family physician, through a thorough medical history, detailed physical examination, and appropriate initial testing, plays an essential role in patient safety and in coordinating care across different healthcare levels. Furthermore, this case emphasizes the need to maintain a broad and systematic perspective when faced with apparently minor clinical manifestations, as they may represent the first sign of less common but clinically relevant conditions.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.  
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

## Descripción del caso clínico

Mujer de 48 años con antecedentes personales de sarcoma indiferenciado de fémur hace 7 años tratado con cirugía, radioterapia y quimioterapia, y dislipemia que acude a nuestra consulta por aparición de petequias de 8 días de evolución. Comenta que comenzaron a salir en primer lugar por los pies y las manos, respetando palmas y plantas, progresando por piernas y brazos hasta confluir en tronco. No refiere prurito y no asocia otras lesiones cutáneas. Niega tos y expectoración, vómitos o alteración del hábito intestinal. Niega viajes al extranjero y contacto con animales. Niega dolores articulares. Niega cambios recientes en la medicación ni en los hábitos de vida. No ha tenido fiebre. No refiere otros signos de exteriorización de sangrado.

En la exploración física en consulta se observan numerosas petequias en extremidades (figura 1) y tronco, respetando la zona centrotorácica. En algunas zonas las petequias son confluentes y no desaparecen a la digitopresión. No se observan otras lesiones cutáneas.

Teniendo en cuenta la clínica de la paciente, solicitamos una analítica sanguínea que incluya reactantes de fase aguda, hemograma y coagulación, por sospecha inicial de vasculitis sistémica. También solicitamos serologías (VIH, hepatitis B y C y sífilis) y estudio de autoinmunidad (factor reumatoide, ANAs, ANCA). Dichas pruebas no presentan ninguna alteración significativa.

Dado el buen estado general de la paciente y la normalidad de la analítica realizada, derivamos a la paciente a las consultas de dermatología. Allí tomaron una muestra de piel de la región abdominal. La anatomía patológica mostraba hallazgos compatibles con vasculitis leucocitoclástica.

## Comentario

Las vasculitis leucocitoclásticas (VL), también denominadas vasculitis por hipersensibilidad, constituyen el prototipo de vasculitis cutánea de pequeño vaso<sup>1,3</sup>. Desde el punto de vista anatomopatológico, se caracterizan por una inflamación de los vasos de pequeño calibre, predominantemente vénulas



**Figura 1 – Imagen de petequias en miembro inferior derecho.**

postcapilares, aunque también pueden verse afectadas arteriolas y capilares. El término leucocitoclástica hace referencia a la presencia de leucocitoclasia, es decir, fragmentación de los núcleos de los neutrófilos (“polvillo nuclear”) en la pared vascular y en el tejido perivascular<sup>3</sup>.

Los principales hallazgos clínicos incluyen la aparición de púrpura palpable, generalmente de 0,3 a 1 cm de diámetro, y/o petequias, definidas como lesiones purpúricas de menos de 3 mm que no desaparecen a la digitopresión. En algunos casos, estas lesiones pueden confluir, ulcerarse o rodearse de ampollas hemorrágicas<sup>2</sup>. Estas manifestaciones cutáneas suelen localizarse en extremidades inferiores y, en ausencia de síntomas sistémicos, pueden simular procesos benignos o autolimitados, lo que dificulta su reconocimiento inicial en atención primaria<sup>2</sup>.

En cuanto a la etiología, las vasculitis leucocitoclásticas pueden estar desencadenadas por múltiples factores. Entre los más frecuentes se encuentran los fármacos, como penicilinas, cefalosporinas, sulfonamidas, fenitoína o alopurinol, así como infecciones, destacando la hepatitis por virus B y C. No obstante, en un porcentaje significativo de casos no se identifica una causa clara, considerándose de origen idiopático<sup>1</sup>.

El abordaje inicial desde atención primaria debe incluir una anamnesis exhaustiva orientada a identificar posibles desencadenantes farmacológicos, infecciosos o autoinmunes, así como una exploración física detallada para descartar signos de afectación sistémica, especialmente renal, gastrointestinal o articular<sup>1,2</sup>. La solicitud de pruebas complementarias básicas resulta adecuada para orientar el diagnóstico y valorar la necesidad de derivación especializada. La confirmación diagnóstica se establece mediante biopsia cutánea, siendo fundamental la coordinación con dermatología para su realización<sup>1,3</sup>.

En la mayoría de los casos, la vasculitis leucocitoclástica limitada a la piel presenta un curso benigno y autolimitado. Sin embargo, su reconocimiento precoz es esencial, ya que puede constituir la manifestación inicial de una enfermedad sistémica o de una reacción adversa medicamentosa<sup>1</sup>. Una vez descartada la afectación sistémica, el tratamiento se centra en el control sintomático y en la retirada del desencadenante identificado, si lo hubiera, o en el tratamiento de la infección subyacente<sup>1</sup>.

El caso clínico presentado ilustra la importancia del seguimiento desde atención primaria, donde la ausencia de afectación sistémica y la evolución favorable permitieron un manejo adecuado y seguro. Asimismo, pone de relieve el papel del médico de familia como eje de la atención integral: identificar lesiones cutáneas potencialmente relevantes, iniciar el estudio diagnóstico apropiado y garantizar una derivación oportuna<sup>2</sup>.

En conclusión, la vasculitis leucocitoclástica debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones purpúricas no pruriginosas y no blanqueables a la digitopresión. El médico de familia desempeña un papel clave en su detección precoz mediante una historia clínica detallada, exploración minuciosa y uso racional de pruebas complementarias. Una correcta orientación diagnóstica desde atención primaria favorece una atención eficiente, mejora la seguridad del paciente y refuerza el valor del razonamiento clínico en medicina familiar<sup>3</sup>.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gota C. Overview of cutaneous small-vessel vasculitis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2025. [citado 2025 Oct 8]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-cutaneous-small-vessel-vasculitis>
2. Fett N. Evaluation of adults with cutaneous lesions of vasculitis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2025. [citado 2025 Oct 8]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-adults-with-cutaneous-lesions-of-vasculitis>
3. Jovaní Casano V, Fernández Carballido C, Ibero Díaz I, Contreras Blasco MA. Vasculitis leucocitoclásticas. En: Enfermedades reumáticas: Actualización SVR [Internet]. Sociedad Valenciana de Reumatología; 2008. p. 367-81.