



Vasculitis leucocitoclásica idiopática severa

Federico Guillermo Arévalo Martínez,* Jorge Julio Badia Flores**

Resumen

La vasculitis leucocitoclásica (VL) es la más común de las vasculitis cutáneas. El envolvimiento sistémico es común usualmente, afectando sistema musculoesquelético, gastrointestinal, respiratorio, renal y nervioso periférico. Puede ser idiopática o asociada a fármacos, síndromes vasculíticos sistémicos, enfermedades autoinmunes, infecciones y neoplasias. Nosotros reportamos un caso de VL con manifestaciones clínicas severas y en el cual no se encontró una causa demostrable.

Palabras clave: Vasculitis leucocitoclásica idiopática.

Summary

Classic leukocytoclastic vasculitis (LV) is the most common cutaneous vasculitis. Systemic entanglement is very common, usually affecting the musculoskeletal, gastrointestinal, renal, respiratory and peripheral nervous system. It may be idiopathic or associated to drugs, systemic vasculitic syndromes, autoimmune diseases, infections and neoplasias. We report a case of LV with clinical manifestations where it was not found a demonstrable cause.

Key words: Idiopathic leukocytoclastic vasculitis.

INTRODUCCIÓN

La vasculitis leucocitoclásica (VL) es la más común de las vasculitis cutáneas.¹⁻³ El hallazgo clínico característico es la púrpura palpable, pero puede presentarse como urticaria, pequeños nódulos, máculas, pápulas y livedo reticularis.²⁻⁴ El envolvimiento sistémico es común usualmente, afectando sistema musculoesquelético, gastrointestinal, respiratorio, renal y nervioso periférico. La biopsia de las lesiones

típicamente muestra necrosis fibrinoide con restos nucleares derivados de polimorfonucleares e infiltrado neutrofílico en áreas perivasculares.⁴⁻⁶ La hipersensibilidad a fármacos,⁷⁻¹⁰ síndromes vasculíticos sistémicos,^{11,12} enfermedades autoinmunes,¹³⁻¹⁶ infecciones^{17,18} y neoplasias^{4,19,20} han sido asociados a VL. En algunos casos de VL no hay una causa demostrable.²¹ El tratamiento de elección son los corticosteroides, aunque, dependiendo de la causa y de la severidad del cuadro clínico, han sido utilizados: dapsona, colchicina, inmunosupresores e inmunoglobulina intravenosa.^{1,21-25}

* Médico Reumatólogo. Hospitales Ángeles Metropolitano y Ángeles Mocel.

** Coordinador de Reumatología. Hospital Ángeles Mocel.

Correspondencia:

Dr. Federico Guillermo Arévalo Martínez
Consultorio 315, Torre Diamante
Hospital Ángeles Metropolitano
Tlacotalpan Núm. 59
Col. Roma, 06760, México, D.F.
Correo electrónico: arevaloguillermo@hotmail.com

Aceptado: 30-05-2006.

OBJETIVO

Presentar un caso de VL con manifestaciones clínicas severas.

CASO CLÍNICO

Masculino de 53 años de edad, sin antecedentes heredo-familiares ni personales de importancia. Su padecimiento lo inicia en agosto del 2003 con máculas eritematosas en miembros inferiores con posterior aparición de púrpura

palpable. En su evolución posterior presenta isquemia digital anular derecha, parestesia de miembros inferiores, artritis en tobillo izquierdo, livedo reticularis y formación de vesículas. Los estudios de laboratorio sólo demuestran elevación de VSG. La biometría hemática, EGO, pruebas de función renal, proteína C, proteína S, antitrombina III, tiempos de coagulación, anticoagulante lúpico, anticuerpos antifosfolípidos, B2-glicoproteína I, ANA, anti-DNA, C3, C4, FR, ANCA, anticuerpos anti-hepatitis, HIV, VEB, crioglobulinas y estudios de gabinete normales; eco Doppler y angiografía digital de manos con trombosis de pequeños vasos. La biopsia de las lesiones cutáneas evidenció vasculitis leucocitoclásica. Por la severidad del cuadro clínico se trató desde su inicio con pulsos de metilprednisolona por 3 días, enoxaparina subcutánea y posteriormente con prednisona 20 mg al día y anticoagulación oral, con mejoría de cuadro isquémico, síntomas neurológicos y artritis de tobillo pero con persistencia de lesiones cutáneas, por lo que se agrega azatioprina a dosis de 2 mg/kg de peso corporal, con lo que se logra remisión paulatina de manifestaciones cutáneas en 8 semanas.

CONCLUSIÓN

Deberán realizarse estudios de laboratorio y gabinete específicos para determinar la causa y orientar el tratamiento de la vasculitis leucocitoclásica. En nuestro caso no se encontró una causa demostrable. Las manifestaciones clínicas fueron severas y además de lo usualmente descrito incluyó isquemia digital. Por la severidad del cuadro clínico se consideró la administración de pulsos de metilprednisolona IV. Se deberá además considerar el uso de inmunosupresores en casos clínicos severos. En nuestro caso hubo una buena respuesta con la administración de azatioprina.

REFERENCIAS

- Sunderkotter C, Bonsmann G, Sindrilaru A, Lugar T. Management of leukocytoclastic vasculitis. *J Dermatolog Treat* 2005; 16(4): 193-206.
- Gay M, Ball Jr, Gene. Vasculitis. In: Koopman WJ. *Arthritis and Allied Conditions, a Textbook of Rheumatology*. 13th Edition. William & Wilkins, 1997: 1491-1524.
- Gonzalez EB, Conn DL. Hypersensitivity Vasculitis (Small-Vessel Cutaneous Vasculitis). In: *Kelley's Textbook of Rheumatology*. 6th Edition. W.B. Saunders Company, 2001: 1197-1203.
- Bayer-Garner IB, Smoller BR. Leukocytoclastic (small vessel) vasculitis in multiple myeloma. *Clin Exp Dermatol* 2003; 28(5): 521-4.
- Gibson LE, Su WP. Cutaneous vasculitis. *Rheum Dis Clin North Am* 1990; 16: 309.
- Sams WM Jr, Thorne EG, Small P, Mass ME, McIntosh RM, Stanford RE. Leukocytoclastic vasculitis. *Arch Dermatol* 1976; 112(2): 219-26.
- Doyle MK, Cuellar ML. Drug-induced vasculitis. *Expert Opin Drug Saf* 2003; 2(4): 401-9.
- Mohan N, Edwards ET, Cupps TR, Slifman N, Lee JH, Siegel JN, Braun MM. Leukocytoclastic vasculitis associated with tumor necrosis factor-alpha blocking agents. *J Rheumatol* 2004; 31(10): 1955-8.
- Stefan Gasser, Max Kuhn, Rudolf Speich. Severe necrotizing leukocytoclastic vasculitis in a patient taking bosentan. *BMJ* 2004; 329: 430 (21 August).
- Odemis E, Kalyoncu M, Okten A, Yildiz K. Azithromycin-induced leukocytoclastic vasculitis. *J Rheumatol* 2003; 30(10): 2292.
- Barksdale SK, Hallahan CW, Kerr GS, Fauci AS, Stern JB, Travis WD. Cutaneous pathology in Wegener's granulomatosis. A clinicopathologic study of 75 biopsies in 46 patients. *Am J Surg Pathol* 1995; 19(2): 161-72.
- Mangold MC, Callen JP. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis associated with active Wegener's granulomatosis. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26(4): 579-84.
- Ramos-Casals M, Anaya JM, Garcia-Carrasco M, Rosas J, Bove A, Claver G, Diaz LA, Herrero C, Font J. Cutaneous vasculitis in primary Sjögren syndrome: classification and clinical significance of 52 patients. *Medicine (Baltimore)* 2004; 83(2): 106.
- Perez C, Guarch R, Rodrigo M, Gallego M, Ormazabal O. Successful treatment of leukocytoclastic vasculitis and pancytopenia secondary to systemic lupus erythematosus with intravenous immunoglobulin. *Br J Dermatol* Jul; 147(1): 180-2.
- Sanchez-Perez J, Penas PF, Rios-Buceta L, Fernandez-Herrera J, Fraga J, Garcia-Diez A. Leukocytoclastic vasculitis in subacute cutaneous lupus erythematosus: clinicopathologic study of three cases and review of the literature. *Dermatology* 1996; 193(3): 230-5.
- Magro CM, Crowson AN. The spectrum of cutaneous lesions in rheumatoid arthritis: a clinical and pathological study of 43 patients. *J Cutan Pathol* 2003; 30(1): 1-10.
- Cascina A, Marone Bianco A, Mangiarotti P, Montecucco CM, Meloni F. Cutaneous vasculitis and reactive arthritis following respiratory infection due to *Chlamydia pneumoniae*: report of a case. *Clin Exp Rheumatol* 2002; 20(6): 845-7.
- Kanai K, Kuwabara S, Mori M, Arai K, Yamamoto T, Hattori T. Leukocytoclastic-vasculitic neuropathy associated with chronic Epstein-Barr virus infection. *Muscle Nerve* 2003; 27(1): 113-6.
- Cem Ar, Soysal T, Hatemi G, Salihoglu A, Yazici H, Ulku B. Successful management of cryoglobulinemia-induced leukocytoclastic vasculitis with thalidomide in a patient with multiple myeloma. *Ann Hematol* 2005; 84(9): 609-13.
- Curgunlu A, Karter Y, Uvanik O, Tunckale A, Curgunlu S. Leukocytoclastic vasculitis and renal cell carcinoma. *Intern Med* 2004; 43(3): 256-7.
- Lotti T, Ghersetich I, Comacchi C, Jorizzo JL. Cutaneous small-vessel vasculitis. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39(5): 667-87.
- Russell JP, Weenig RH. Primary Cutaneous Small Vessel Vasculitis. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2004; 6(2): 139-149.
- Fredenberg ME, Malkinson FD. Sulfone therapy in the treatment of leukocytoclastic vasculitis. Report of three cases. *J Am Acad Dermatol* 1987; 16(4): 772-8.
- Sullivan TP, King LE Jr, Boyd AS. Colchicine in dermatology. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39(6): 993-9.
- Callen JP. Colchicine is effective in controlling chronic cutaneous leukocytoclastic vasculitis. *J Am Acad Dermatol* 1985; 13(2): 193-200.