



242/296 - VASCULITIS SECUNDARIA A LEVOFLOXACINO

I. Arcusa Rubio^a, M. Pou Quinoces^b, M. Martín Pérez^c y O. Manalbens Sant^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bon Pastor. Barcelona. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Sant Esteve de Palautordera. Barcelona. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Ambulatorio de Bon Pastor. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia venosa crónica y úlcera en extremidad inferior izquierda controlada por cirugía vascular y enfermería de atención primaria. Acude a la consulta por disnea, tos y fiebre de 38 °C de dos días de evolución. Ante la clínica compatible con sobreinfección respiratoria, se inicia tratamiento con levofloxacino. La paciente se automedica paralelamente con aspirina. Reconsulta a los 5 días por aparición de lesiones violáceas en extremidades inferiores, sin dolor ni prurito. Refiere disminución subjetiva de la diuresis. Mejoría de la clínica respiratoria y la fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, saturación O₂ 96% al aire. Auscultación respiratoria: Anodina. Extremidades inferiores: lesiones purpúricas no palpables, violáceas, que no desaparecen a la vitropresión, incluyendo glúteos y zona lumbar. Signos de insuficiencia venosa crónica, edemas bilaterales con fóvea leve hasta tobillos. Úlcera crónica en extremidad inferior izquierda. Tira reactiva de orina: proteínas ++, hematíes +. Analítica sanguínea: destaca urea de 60 mg/dL, proteína C reactiva de 3,8 mg/dL, leucocitos 10.470, plaquetas 362.000, pruebas de coagulación en rango. Radiografía de tórax: no muestra signos de fallo cardíaco ni condensaciones.

Juicio clínico: Delante la sospecha de vasculitis con posible afectación renal, se deriva a urgencias hospitalarias para realizar analítica urgente y descartar coagulopatía y daño renal. La paciente queda ingresada para estudio.

Diagnóstico diferencial: Síndrome nefrítico secundario a quinolonas. Vasculitis secundaria a infección sistémica. Púrpura trombótica trombocitopénica. Vasculitis leucocitoclástica secundaria a fármacos. Vasculitis leucocitoclástica de pequeño vaso: Vasculitis de Schonlein Henoch, crioglobulinémica, urticariforme. Toxicodermia secundaria a quinolonas.

Comentario final: Finalmente, se orienta como vasculitis leucocitoclástica en contexto de tratamiento con quinolonas. Tras recibir tratamiento corticoideo endovenoso y descartar afectación de otros órganos diana, la paciente es dada de alta con control ambulatorio y quedando asintomática. Ante un cuadro clínico de vasculitis hay que descartar afectación renal o de otros órganos. Los antibióticos de uso habitual pueden desencadenar afecciones de tipo vascular y sistémico en pacientes que ya los habían tomado previamente. Los antibióticos son la segunda causa de vasculitis leucocitoclástica secundaria, después de la enfermedad inflamatoria crónica.

Bibliografía

1. Cobo Ibáñez T, Muñoz Fernández S. Guía clínica de Vasculitis leucocitoclástica. Fistera, 2014.
Disponible en: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/vasculitis-leucocitoclastica/#22265>

Palabras clave: Vasculitis leucocitoclástica. Vasculitis cutánea inducida por fármacos.
Levofloxacino.