



Figura 1. Extremidades inferiores con lesiones purpúricas previas al tratamiento (a) y posteriores al mismo (b).

causas subyacentes. De esta manera, se debe sospechar la etiología medicamentosa, muy especialmente si la aparición de la VLC ocurre entre los 7 y 21 días después de la primera dosis⁴.

Para el diagnóstico de VLC es necesaria la mejoría tras la suspensión del fármaco. Según los algoritmos de Naranjo⁵, en el caso presentado la relación de causalidad entre la TMP/SMX y la VLC es probable. Es necesario resaltar, que sin la reintroducción del fármaco —en la mayor parte de los casos, inaceptable desde el punto de vista ético— la relación de causalidad probada o cierta no puede establecerse. La responsabilidad de los antibióticos en la VLC es difícil porque la infección, también, puede ser la inductora. En nuestro caso, sostenemos la responsabilidad de la TMP/SMX porque la VLC comenzó cuando la clínica miccional había desaparecido y la VLC remitió con la retirada de la TMP/SMX.

Para finalizar, y dada la alta frecuencia de uso de la TMP/SMX en el tratamiento de infecciones y en la profilaxis de neumonía por *P. jirovecii* en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas e inmunodepresión farmacológica, creemos importante insistir en que puede ser inductora de VLC, tal y como ilustra el caso expuesto.

Bibliografía

- Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Flores-Suarez LF, et al. 2012 revised international Chapel Hill consensus conference nomenclature of vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013;65:1–11.

- Goesser MR, Lanioz V, Wetter DA. Practical approach to the diagnosis Evaluation, and management of cutaneous small-vessel vasculitis. *Am J Clin Dermatol.* 2014;15:299–306.
- Ficha técnica. Trimetoprima-Sulfametoxazol. Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Texto revisado en septiembre 2017 [consultado 13 Sep 2017]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/48671/48671_ft.pdf
- Aounallah A, Arouss A, Ghariani N, Saïdi W, Sriha B, Denguezli M, et al. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis: about 85 cases. *Pan Afr Med J.* 2017;26:138.
- Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther.* 1981;30:239–45.

Javier Miguel Martín Guerra*, Miguel Martín Asenjo, Cristina Novoa Fernandez y José María Prieto de Paula

Servicio de Medicina Interna, Hospital clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: javi6vega@hotmail.com (J.M. Martín Guerra).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.11.003>

0211-139X/ © 2019 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Vasculitis leucocitoclástica y linfoma



Leucocytoclastic vasculitis and lymphoma

Presentamos el caso de un varón de 83 años, fumador de 25 paquetes/año y con antecedentes de hipertrofia prostática en tratamiento con tamsulosina/dutasterida. Presentaba una excelente situación basal, era independiente para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel: 100/100) y no tenía deterioro cognitivo (Mini Mental State Examination [MMSE] 30/30). Consultó por púrpura en extremidades inferiores. La exploración manifestó adenopatías axilares bilaterales y las lesiones purpúricas referidas (fig. 1A). Analíticamente presentaba unas plaquetas de 93.000/mm³ y PCR de 26 mg/l (valor normal [vn]: hasta 5 mg/l)

y una hipocomplementemia a expensas de C₃. La orina de 24 h no evidenció proteinuria y la inmunofijación fue negativa. Los anticuerpos antinucleares (ANA), anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), crioglobulinas y factor reumatoide (FR) fueron negativos. Las serologías frente a los virus A, B y C de la hepatitis, VIH, CMV, VEB, VHS I y II, *Mycoplasma pneumoniae*, *Borrelia burgdorferi* y *Brucella* fueron negativas. La biopsia cutánea confirmó la vasculitis leucocitoclástica (VLC). Ante la mala evolución con AINE, se inició tratamiento con prednisona 0,5 mg/kg/día con buena respuesta clínica inicial (fig. 1B) y posterior reaparición tras su supresión.

Una tomografía computarizada (TC) toraco-abdominal mostró adenopatías en cadenas retropectorales, cadenas axilares, mediasino, mesenterio y retroperitoneo, y la biopsia de una de las axilares confirmó un linfoma linfocítico.



Figura 1. Extremidades inferiores con lesiones purpúricas previamente al tratamiento corticoideo (A) y tras el tratamiento (B).

Las vasculitis son un grupo heterogéneo de enfermedades que pueden afectar a distintos órganos o sistemas y, en consecuencia, producir multitud de manifestaciones clínicas. Bajo el término vasculitis de órgano único, la Conferencia de Consenso Internacional de Chapel Hill de 2012¹ agrupa arteritis cutánea, vasculitis primaria del sistema nervioso central, aortitis aislada y VLC. Esta entidad se asocia con un amplio espectro de afecciones sistémicas, neoplasias, infecciones o hipersensibilidad a fármacos². En el estudio publicado por Aounallah et al.³ acerca de 85 pacientes diagnosticados de VLC, se encontró la etiología en 55 pacientes, de los cuales 3 estaban en relación con enfermedad neoplásica y en ninguno ellos se asoció con linfomas. Por su parte, Milone et al.⁴ describieron 5 casos de VLC entre 315 pacientes diagnosticados de linfoma no-Hodgkin. Estos hallazgos ponen de relieve lo infrecuente de la asociación de VLC y linfoma.

La VLC es el tipo más común de vasculitis cutánea², con una incidencia de 15 a 38 casos por cada 1.000.000 habitantes/año, y edad de presentación predominante entre 40 y 65 años. Se caracteriza por lesiones purpúricas palpables, simétricas y de predominio en piernas y áreas declives, que pueden causar quemazón, prurito y dolor local. Para el diagnóstico resulta capital la confirmación histológica, que mostrará un infiltrado inflamatorio neutrofílico perivascular o difuso, con fragmentación nuclear, necrosis fibrinoide de la pared y extravasación de hematíes. Dado lo cambiante del patrón histológico es conveniente realizar la biopsia en las primeras 48 h. Además, esta debe ser profunda para valorar una eventual participación de la hipodermis, en cuyo caso, orientaría hacia su asociación con enfermedades autoinmunes o neoplasias.

Aunque, según las series, los porcentajes de VLC idiopáticas son muy variables (entre el 3 y el 72%), resulta fundamental investigar causas subyacentes⁴; así, la existencia de síntomas o signos de vasculitis extracutánea o la identificación de desencadenantes es fundamental, ya que la VLC es la forma que más frecuentemente se asocia con enfermedad maligna, especialmente en mayores de 65 años^{5,6}. Fain et al.⁷ constataron además, que en la mitad de los casos la vasculitis apareció simultáneamente o previa al diagnóstico de cáncer. Se han descrito casos aislados en los que aparece como consecuencia del tratamiento⁸.

El estudio de VLC requiere un adecuado estudio etiológico para descartar, entre otras, neoplasias subyacentes. De inicio parece suficiente una exploración física exhaustiva, hemograma, bioquímica sanguínea, urinaria y una radiografía de tórax. En mayores de 65 años esta búsqueda debe ser más minuciosa, especialmente si la vasculitis se cronifica o el tratamiento no es efectivo.

Bibliografía

- Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Flores-Suarez LF, et al. 2012 revised international Chapel Hill consensus conference nomenclature of vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013;65:1–11.
- Goeser MR, Lanioz V, Wetter DA. Practical approach to the diagnosis, evaluation, and management of cutaneous small-vessel vasculitis. *Am J Clin Dermatol.* 2014;15:299–306.
- Aounallah A, Arouss A, Ghariani N, Saidi W, Sriha B, Denguezli M, et al. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis: About 85 cases. *Pan Afr Med J.* 2017;26:138.
- Milone G, Stagno F, Guglielmo P, Cacciola E, di Raimondo F, Cacciola RR, et al. Cutaneous vasculitis in non Hodgkin's lymphoma. *Haematologica.* 1995;80:529–31.
- Marie I, Mikolajcz S, Benichou J, Grassi V, Levesque H. Influence of age on characteristics of cutaneous vasculitis: A series of 132 patients. *Presse Med.* 2010;39:247–57.
- Broccoli A, Gandolfi L, Pellegrini C, Agostinelli C, Argnani L, Zinzani PL. Leukocytoclastic vasculitis associated with hairy cell leukemia at diagnosis: A case report and review of the literature. *Tumori.* 2016;102 Suppl 2.
- Fain O, Hamidou M, Cacoub P, Godeau B, Wechsler B, Pariès J, et al. Vasculitides associated with malignancies: analysis of sixty patients. *Arthritis Rheum.* 2007;57:1473–80.
- Quintanilha JCF, Visacri MB, Amaral LS, Lima CSP, Cintra ML, Moriel P. Leukocytoclastic vasculitis complicating cisplatin + radiation treatment for laryngeal cancer: A case report. *BMC Cancer.* 2017;17:831.

Javier Miguel Martín Guerra*, Miguel Martín Asenjo y Jose María Prieto de Paula

Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javi6vega@hotmail.com (J.M. Martín Guerra).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.08.004>

0211-139X/ © 2019 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Bronconeumonía bilateral simulando descompensación cardíaca fácilmente detectada con ecografía multiventana



Bilateral bronchopneumonia simulating cardiac decompensation easily detected with multi-window ultrasound

La ecografía clínica o a pie de cama es el término que describe la ecografía llevada a cabo por los clínicos, cualitativa y orientada por los signos y síntomas del paciente, centrada en planos concre-

tos de distintos órganos (pulmonar, cardíaca, territorio venoso,...), proporciona de forma no invasiva una gran información de la función cardiopulmonar. Debemos de considerar esta ecografía desde un punto de vista integral con la información aportada por la exploración física y las pruebas complementarias, pudiendo adentrarnos en la fisiopatología del paciente, de ahí nace el concepto de ecografía multiventana, que resulta de la sospecha clínica, la selección de las exploraciones ecográficas que puedan resultar más provechosas en cada contexto clínico¹.