



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/31 - LESIONES DERMATOLÓGICAS AGUDAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Santana Castillo¹, E. Quiroz Flores², A. Mateo Acuña³, L. Díaz González⁴, P. López Tens⁵, R. Echevarría San Sebastian⁶, D. González Armas⁷, C. Gómez Vildosola⁸

¹Médico Adjunto. Urgencias del Hospital comarcal de Laredo. Cantabria, ²Médico Residente. Centro de Salud CotoLino. Castro-Urdiales, ³Médico Residente. Centro de Salud CotoLino. Castro Urdiales, Cantabria, ⁴Médico Residente. Centro de Salud Laredo. Cantabria, ⁵Medicina Familiar y Comunitaria. Adjunto del Servicio de Urgencias HUMV. Santander. Cantabria, ⁶Medicina Familiar y Comunitaria. Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital de Laredo. Cantabria, ⁷Médico Residente. Centro de Salud Laredo. Cantabria, ⁸Médico Residente. Centro de Salud de Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 59 años, acude al servicio de urgencias de atención primaria por comenzar hace 5 días con edemas en ambos tobillos, sensación distérmica y astenia autolimitada que cede con analgesia. Desde hace 48 horas refiere edema, eritema y aumento de temperatura de la mano derecha sin fiebre. Desde el servicio de urgencias se pauta antibioterapia, antihistamínicos y corticoides. Paciente reacude 4 horas después por presentar lesiones habonosas y pruriginosas de distribución en extremidades inferiores. Debido a la tórpida evolución de las lesiones cutáneas, se decide derivar al Servicio de Urgencias del Hospital para revaloración. Antecedentes patológicos: NAMC, Exfumadora 8/paquetes-año, Carcinoma epidermoide cutáneo en dorso pie izquierdo (pT2N0M0) en 2013, tuberculosis latente sin datos de enfermedad activa sin profilaxis, Enfermedad celiaca, Hernia cervical C5-C6, ITUs de repetición, IQ Exéresis de carcinoma epidermoide cutáneo EII + colgajo perforante tibial posterior, reIQ por necrosis de colgajo. Tratamiento crónico: calcifediol 266.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, CyO en las tres esferas, Eupneica, Afebril. Lesiones habonosas en diferentes estadios evolutivos en extremidades, predominantemente en 1/3 proximal de extremidades inferiores, respetando tórax y abdomen, levemente pruriginosas. Lesiones residuales en diana con blanqueamiento centrífugo y halo eritemato-violáceo. En la mano derecha, varias máculas eritematosas agrupadas en zona hipotenar. CYC edema infraorbitario bilateral, con predominio en lado derecho y edema labial superior. EEII lesiones habonosas descritas, cicatrización a nivel de extremidad inferior izquierda. Resto de exploración sin hallazgos patológicos. Hematimetría: leucocitos $5,9 \times 10^3/\mu\text{l}$, hemoglobina 13,6 g/dl, hematocrito 38,7%, plaquetas $239 \times 10^3/\mu\text{l}$. Bioquímica: glucosa 116 mg/dl, creatinina 0,72 mg/dl, AST 18 U/L, ALT 120 U/L, GGT 139 U/L, Na 140 mEq/l, K 4,2 mEq/l, PCR 11,3 mg/dl, FG 90 ml/min/1,73 m³, Coagulación: INR 1,17. Estudio inmunológico y serológico: normal, Rx tórax: sin alteración. Biopsia (punch): vasculitis leucocitoclástica de pequeños vasos calibre con afectación del intersticio. Dermatitis perivasicular superficial y profunda de tipo mixto, con presencia de abundantes neutrófilos y eosinófilos.

Juicio clínico: Vasculitis urticariforme normocomplementaria limitada a piel.

Diagnóstico diferencial: Eritema multiforme. Urticaria. Vasculitis.

Comentario final: La vasculitis urticariforme es una enfermedad poco frecuente que tiene predominio en mujeres entorno a los 40 años y que se caracteriza por afectar a la piel, mucosas y también puede presentar manifestaciones extracutáneas, como por ejemplo, fiebre, malestar general, hepatoesplenomegalia y mialgias. La vasculitis urticariforme es una entidad infradiagnosticada, con una respuesta variable al tratamiento. El diagnóstico de certeza requiere la confirmación histológica asociada a una historia clínica, exploración física y datos de laboratorio compatibles. Desde el servicio de urgencias o desde primaria no debemos infravalorar las lesiones cutáneas de presentación aguda y que se asocien a síntomas generales. La paciente durante su ingreso presentó control de las lesiones y prurito con tratamiento corticoideo y antihistamínico. En los controles analíticos posteriores se evidenció mejoría del perfil hepático con casi normalización de las transaminasas y descenso de los reactantes de fase aguda.

Bibliografía

Jovaní Casano V, et al. Vasculitis Leucocitoclásicas. Hospital de Elda. Alicante.