



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/146 - Vasculitis leucocitoclástica por quinolonas. Diagnóstico diferencial

C. Rojo Villaescusa^a, M^Á. María Tablado^b, S.S. Murga Alvarado^c, C. Magaña Herrera^d y D. El Atiaoui^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. Madrid. ^bMédico de Familia. Consultorio Local Perales de Tajuña. Madrid. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José María de los Llanos. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villablanca. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 90 años con antecedente previo de reacción urticariforme por levofloxacin. Hipertenso, no fumador ni bebedor. Como otros antecedentes presentafibrilación auricular permanente anticoagulada y enfermedad pulmonar obstructiva crónica sin oxígeno domiciliario. Herniorrafia inguinal izquierda y umbilical como cirugías previas. Es independiente para las actividades de la vida diaria. Sin deterioro cognitivo. Sale a la calle a diario. Edemas vespertinos leves. Sin ortopnea. Acude al servicio de Urgencias por presentar edemas y coloración violácea en ambos miembros inferiores de 5 días de evolución. Las lesiones son bilaterales y de curso progresivo (comenzaron en ambos pies y ahora llegan hasta rodilla). Leve dolor asociado. Sin puertas de entrada identificadas. No ha presentado fiebre, pero sí intensa sensación distérmica, artralgias y malestar general. Como antecedente relevante previo, el paciente presentó infección de vías respiratorias altas tratada por su médico de familia con moxifloxacin, cuya toma se finalizó 4 días antes de que el paciente notara la aparición de dichas lesiones. Tras una exhaustiva anamnesis, se dedujo que el cuadro podría estar en relación con la toma previa de antibioterapia (moxifloxacin). La presencia de púrpura palpable en miembros inferiores, parecía compatible con una vasculitis leucocitoclástica cutánea o por hipersensibilidad a la toma de fármacos, que en el presente caso sería secundaria a la quinolona utilizada en los días previos. Dada la extensa localización de las lesiones, se inicia tratamiento esteroideo en espera de resolución de las mismas y de los resultados de la biopsia cutánea realizada en el Servicio de Urgencias. El paciente fue ingresado en Geriátrica donde evolucionó favorablemente y a los 5 días fue dado de alta.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 152/62 mmHg. Frecuencia cardíaca: 62 latidos por minuto. Temperatura 37,4 °C. Regular estado general. Decaído. Auscultación cardíaca: arrítmica. Soplo sistólico en foco aórtico. Auscultación pulmonar: buena ventilación, leves crepitantes bibasales. Abdomen: sin alteraciones. Miembros inferiores: púrpura palpable bilateral hasta rodilla. No hay signos de ulceración ni de necrosis cutánea. Hemograma: Hb 10,4, VCM 32,8, HCM 69,8, plaquetas 94.000, leucocitos 5.800 con fórmula normal. Coagulación, bioquímica y gasometría sin alteraciones. Orina normal. Radiografía de tórax: cardiomegalia sin otras alteraciones agudas. Biopsia cutánea: Vasculitis aguda leucocitoclástica.

Juicio clínico: Vasculitis leucocitoclástica cutánea secundaria a la toma de moxifloxacin.

Diagnóstico diferencial: Vasculitis leucocitoclástica cutánea versus otras entidades como dermatitis por estasis, ptequias o dermatosis purpúrica pigmentada.

Comentario final: Los procesos infecciosos constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria. Es de destacar el creciente uso de las quinolonas en el tratamiento de los mismos. Dentro del uso racional de dichos fármacos antiinfecciosos, es importante tener en cuenta sus potenciales efectos secundarios, siendo la vasculitis por hipersensibilidad o vasculitis leucocitoclástica cutánea uno importante dentro de ellos. Las manifestaciones clínicas de esta entidad son mayoritariamente dermatológicas, pero no hay que olvidar que sin el reconocimiento temprano de los síntomas y la retirada del fármaco antimicrobiano pueden resultar potencialmente letales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blyth DM, Markelz E, Okulicz JF. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis associated with levofloxacin therapy. *Infect Dis Rep*. 2012 30;4(1):e11.
2. Ortiz-Sanjuán F, Blanco R, Hernández JL, Pina T, González-Vela MC, Fernández-Llaca H et al. Drug-associated cutaneous vasculitis: study of 239 patients from a single referral center. *Rheumatol*. 2014;41(11):2201-7.
3. Loricera J, Blanco R, Ortiz-Sanjuán F, Hernández JL, Pina T, González-Vela MC et al. Single-organ cutaneous small-vessel vasculitis according to the 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides: a study of 60 patients from a series of 766 cutaneous vasculitis cases. *Rheumatology (Oxford)*. 2015;54(1):77-82.