



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

## 242/1279 - DOCTORA, ME HAN SALIDO UNAS MANCHAS...

B. Pax Sánchez<sup>a</sup>, M. Millán Hernández<sup>b</sup>, R. García Arriola<sup>c</sup>, L. Floristán García<sup>d</sup>, E. Sierra Rubio<sup>e</sup> y P. Rubio Puerta<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Monterrozas. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Aravaca. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. <sup>e</sup>Médico de Familia. Consultorio La Marazuela. Las Rozas. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 44 años, gestante de 13+3 semanas, acude derivada de su médico de AP por aparición súbita de lesiones dermatológicas en miembros inferiores esa misma tarde. Refiere cierto prurito en alguna de las lesiones, no hemorragias objetivables, no artralgias ni dolor abdominal. No fiebre, no infecciones previas. Niega picaduras y viajes a lugares exóticos. Únicamente refiere que el embarazo es fruto de FIV y que está en tratamiento con AAS 100 mg/24 horas, dado que le realizaron un estudio hematológico por dificultad para el embarazo. En dicho estudio, se obtuvo resultado de mutación en la variante FGG (Fibrinogen Gamma Chain).

**Exploración y pruebas complementarias:** Lesiones petequiales que no desaparecen a la vitropresión en ambos MMII, afectando a empeine de ambos pies. También presenta petequias en plantas. Presenta lesiones que impresionan de tipo vasculitis ligeramente sobrelevadas, alternando con las petequias. Analítica normal, sin alteraciones de la coagulación. Orina normal sin proteinuria. Biopsia de las lesiones: Vasculitis leucocitoclástica.

**Juicio clínico:** Vasculitis leucocitoclástica a estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Vasculitis leucocitoclástica idiopática (33-50% de los casos). Fármacos: amoxicilina, analgésicos y AINEs son los más frecuentemente implicados. (VL por fármacos hasta un 10-24% de los casos). Infecciones: tracto respiratorio superior, hepatitis virales (A, B y C), VIH, Parvovirus B19 y endocarditis bacteriana subaguda (20%). Enfermedades autoinmunes sistémicas: AR, LES, SAF, síndrome de Sjögren, dermatomiositis, enfermedad de Behçet, PAN clásica, vasculitis sistémicas asociadas a ANCA, entre otros (10-15%). Neoplasias: enfermedades linfoproliferativas como la tricoleucemia ( 1% de los casos). Otras: escorbuto, dermatosis purpúrica pigmentada o PTI grave.

**Comentario final:** Un diagnóstico definitivo de vasculitis cutánea requiere la confirmación histológica, asociada con una historia clínica, exploración física y datos de laboratorio compatibles. Hay que descartar manifestaciones sistémicas que sugieran otra enfermedad como vasculitis necrotizante, infección, neoplasia o enfermedad del colágeno. En ausencia de enfermedad sistémica, el tratamiento de la enfermedad es sintomático. Identificar y tratar la causa de la vasculitis en las formas secundarias (fármacos, alérgenos alimentarios, infecciones, enfermedad del colágeno) es el modo más efectivo de tratamiento.

### Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill, 2012.
2. Jovaní Casano V, Fernández Carballido C, Ibero Díaz I, et al. Enfermedades reumáticas: Actualización SVR.
3. Guía clínica Vasculitis Leucocitoclástica. Fisterra, 2014.

**Palabras clave:** Púrpura palpable. Vasculitis leucocitoclástica.