



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2057 - UNA PURPURA DIFERENTE

C. Laserna del Gallego<sup>a</sup>, C. Miranda Zelada<sup>a</sup>, A. Blasco Pérez<sup>b</sup>, F. Azorín Sanz<sup>c</sup> y R. Ruiz Merino<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cigales. Valladolid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 47 años sin alergias ni hábitos tóxicos. Sin viajes recientes ni mascotas. No antecedentes personales de interés. Se encuentra en tratamiento con amoxicilina-clavulánico por neumonía desde hace 4 días. Acude a consulta de atención primaria por dolor en ambos gemelos, con aparición de lesiones purpúricas en miembros inferiores de 24 horas de evolución. Refiere aumento de tamaño y dolor en tobillos. Incapacidad para caminar y mantener la bipedestación por el dolor. No disnea, no dolor torácico. No síntomas miccionales. No alteración del ritmo intestinal.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 102/69. FC 86 lpm. T<sup>a</sup> 36 °C. satO<sub>2</sub>: 95%. Paciente normohidratado, normoperfundido, eupneico. Auscultación cardiaca: rítmica. Auscultación pulmonar: MVC, crepitantes en base derecha. EEII: lesiones purpúricas palpables desde tercio inferior de ambas piernas hasta tobillos, vitropresión negativa, no confluentes. Inflamación con aumento de calor local en tobillo izquierdo. Tras sospecha de vasculitis desde atención primaria se decide retirar penicilina, se pauta analgesia y se inicia pauta de corticoides. Se deriva a urgencias. Analítica: Hb 13,1, Fe 36, CPK normal, dímero-D 7.220, PCR 105, resto normal. Sistemático de orina: bacteriuria. Hemocultivos: negativos. Estudio de AutoAc: normal. Serologías: negativas. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm sin otras alteraciones. Rx tórax: condensación pulmonar en LID. Rx tobillo: normal. Se toman biopsias de piel.

**Juicio clínico:** Vasculitis leucocitoclástica secundaria a penicilinas. Neumonía en LID.

**Diagnóstico diferencial:** Púrpura de Schönlein, vasculitis urticariforme, eritema elevatum, crioglobulinemia, etc.

**Comentario final:** La vasculitis leucocitoclástica ocurre en asociación a enfermedades crónicas, infecciones, fármacos o causa desconocida. Los antibióticos especialmente la amoxicilina, los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos son los más implicados. La afección cutánea es frecuente en las extremidades inferiores y puede constituir la única manifestación de la enfermedad, con inflamación necrotizante aguda de vasos de pequeño calibre. El médico de familia con una historia clínica completa y exploración física puede identificar los posibles factores etiológicos de esta enfermedad, incluyendo pruebas de laboratorio y confirmación histológica, pero no se debe retrasar el tratamiento hasta obtener el resultado de la biopsia. Es una enfermedad benigna y autolimitada, debiendo descartar manifestaciones sistémicas que sugieran otra enfermedad.

### Bibliografía

1. Warrinton KJ, Matteson EL. A primer on vasculitis. *Minn Med.* 2013;96:36-9.
2. Carlson JA, Chen K. Cutaneous vasculitis update: small vessel neutrophilic vasculitis syndromes. *Am J Dermatopathol.* 2006,28:486.

**Palabras clave:** Inflamación. Vasos sanguíneos. Necrosis.