

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

## 424/599 - VARÓN CON LESIONES EN MIEMBROS INFERIORES: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Naldrett Brophy<sup>1</sup>, P. Domínguez Sánchez<sup>2</sup> y M. Herrera Bernal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. SUMMA 112. Madrid. <sup>2</sup>Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 73 años. Alérgico a contraste yodado. AP: HTA. DM tipo 2, miocardiopatía dilatada, FA permanente. Cardiopatía isquémica. HBP. Eritrocitosis verdadera no clonal con EPO aumentada de causa no fisiológica. Tratamiento: sitagliptina, digoxina, furosemida, enalapril, rivaroxaban, pantoprazol, allopurinol. Acude a consulta por lesiones eritematosas puntiformes en MMII, se inició tratamiento con corticoide tópico. Días antes del inicio de las lesiones vacunación antineumocócica y antigripal. Empeoramiento de lesiones a pesar de tratamiento, además edemas en MMII, oliguria y ortopnea. Derivado a urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada a urgencias buen estado general, exploración neurologica normal y eupneico en reposo. TA: 122/87 mmHg, T<sup>a</sup> 37,5 °C, saturación O<sub>2</sub> 98%. ACR: tonos arrítmicos a buena frecuencia, Hipoventilación generalizada, crepitantes bibasales. MMII: edemas pretibiales con fóvea. No signos de TVP. Lesiones purpúricas confluentes en ambas piernas, palpables que no desaparecen a la vitropresión. No pruriginosas ni dolorosas. Analítica: hemograma y coagulación normales. Creatinina 2,32 mg/dl, urea 101 mg/dl, NTproBNP 3.461,7 pg/ml. PCR 33,3 mg/L. ECG: FA a 75 lpm. No alteraciones agudas de la repolarización. Rx de tórax: cardiomegalia, sin condensaciones pulmonares. No pinzamiento de senos costofrénicos. En urgencias, interconsulta con hematología que descarta relación con eritrocitosis ya conocida. Ante empeoramiento de función renal, lesiones cutáneas y situación clínica del paciente se decidió ingreso en MI para completar estudio. Ingresado se realizó interconsulta con dermatología realizando biopsia cutánea: vasculitis leucocitoclástica y microangiopatía trombótica. Evolución favorable tras tratamiento deplectivo y prednisona vo. Retirada de allopurinol.

**Orientación diagnóstica:** Vasculitis leucocitoclástica y microangiopatía trombótica, posible relación con vacunación previa y allopurinol. Insuficiencia cardíaca secundaria a HTA y nefropatía agravada por vasculitis.

**Diagnóstico diferencial:** Urticaria, lesiones similares que desaparecen en 48 horas dejando pigmentación residual, enfermedad hematológica en la que aparecerían cambios en análisis hematológico y dermatitis diferenciándose por biopsia y mejoría con corticoides tópicos.

**Comentario final:** La realización de una historia clínica detallada ante la sospecha de vasculitis, es imprescindible para la identificación de posibles causas: infecciones, fármacos, neoplasias, enfermedades tejido conectivo. La biopsia no debe retrasar el inicio de tratamiento.

## Bibliografía

1. Cobo T, Muñoz S. Vasculitis leucocitoclástica. Guía Fisterra. 14/11/2014.
2. Fett N, Callen F. Evaluation of adults with cutaneous lesions of vasculitis. Uptodate. Literature review current through: Apr 2019. | This topic last updated: Mar 01, 2018.

**Palabras clave:** Urgencias. Vasculitis. Lesiones cutáneas.