

Manifestaciones neurológicas en la púrpura de Schönlein-Henoch: ¿vasculitis cerebral o leucoencefalopatía posterior reversible?

Sr. Editor: Hemos leído con interés el caso publicado recientemente en su revista¹. La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es una vasculitis de pequeño vaso, caracterizada por lesiones cutáneas purpúricas, nefritis, artritis y dolor abdominal. Como señalan los autores, la afección neurológica es conocida desde 1914, año en el que Osler describió a un niño con «púrpura alérgica» y hemiplejía, y se ha considerado como excepcional hasta que la exhaustiva revisión de Belman mostró una infraestimación del cuadro neurológico². Consideramos muy importante la reflexión que Ortega et al presentan acerca de la patogenia de las manifestaciones neurológicas en esta entidad. Aportamos un caso en el que una exploración complementaria (Doppler transcraneal) permitió orientar el diagnóstico, responder a la cuestión etiológica del proceso y facilitó, por tanto, la elección del tratamiento más adecuado.

Mujer de 38 años de edad, que tras un cuadro catarral de vías respiratorias altas presenta artritis en tobillo y lesiones purpúricas en extremidades inferiores; a esto se añade dolor abdominal con rectorragia por lo que ingresa. El quinto día presenta cefalea y fotopsias que precedieron la aparición de una crisis tónico-clónica generalizada de la que se recuperó sin secuelas neurológicas. Presión arterial (PA) 160/100 mmHg. En la TC-craneal realizada tras el episodio se observaron imágenes hipodensas corticostriales parietooccipitales bilaterales. La biopsia cutánea demostró una vasculitis leucocitoclástica. Se administraron 3 bolos de 1 g de metilprednisolona. Posteriormente, persistió con hematuria y proteinuria con valores de síndrome nefrótico por lo que se practicó una biopsia renal en que se apreció una glomerulonefritis con depósitos de IgA. Requiere tratamiento con ciclofosfamida. La evolución clínica fue favorable y en una RM craneal de control se comprobó la desaparición de las imágenes hipodensas parietooccipitales.

Es tentador pensar que las lesiones multifocales isquémicas del parénquima cerebral y su resolución radiológica tras tratamiento con glucocorticoides apoyan el diagnóstico de vasculitis cerebral. Sin embargo, una ecografía Doppler transcraneal realizada tras el episodio neurológico demostró una aceleración muy importante del flujo de las arterias cerebrales posteriores, de forma difusa a lo largo del trayecto de ambas arterias (fig. 1A). Esta aceleración difusa es sugestiva de vasospasmo, a diferencia de las aceleraciones segmentarias que se producen en las estenosis de arterias intracerebrales y es un hallazgo que puede encontrarse en la encefalopatía hipertensiva³. La leucoencefalopatía posterior reversible (LPR), «una vieja entidad con un nuevo nombre», corresponde realmente a una encefalopatía hipertensiva con predominio de la afección por el territorio cerebral posterior; recientemente se está describiendo en otras entidades clínicas que cursan con aumento transitorio de la PA⁴. Si bien estas elevaciones de la PA no son tan importantes como las de la encefalopatía hipertensiva, ocurren en lechos vasculares previamente sanos y, por tanto, más sensibles a los incrementos tensionales. Habitualmente suele tratarse de pacientes jóvenes, no hipertensos.

En esta enferma una ecografía Doppler-TC de control tras la mejoría de la clínica neurológica reveló la normalización de las velocidades de las arterias cerebrales posteriores (fig. 1B). El caso de Ortega et al presentaba una arterio-

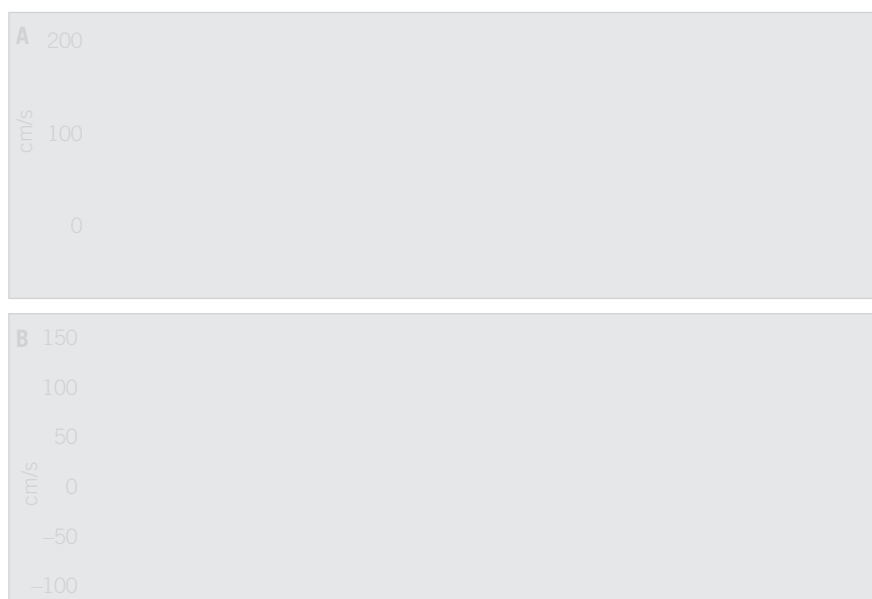


Fig. 1. A: aceleración difusa del flujo de las arterias cerebrales posteriores (P1), sugestiva de vasospasmo; B: normalización de las velocidades tras el tratamiento.

grafía normal, sin la imagen de «arrosariamiento» típica de las vasculitis del SNC. Éstas suelen afectar a segmentos más distales de las arterias cerebrales, por lo que no son fáciles de detectar mediante Doppler-TC. En su paciente, al igual que en la nuestra, existía una tendencia a la hipertensión arterial, por lo que pensamos que en ambos casos es más probable el diagnóstico de LPR en el contexto de una púrpura de Schönlein-Henoch, si bien sólo un estudio anatomopatológico podría descartar definitivamente el diagnóstico de vasculitis cerebral. Dada la agresividad de dicho estudio, en la práctica clínica habitual recomendamos la realización de una ecografía Doppler-TC y una RM-craneal para el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, por las implicaciones pronósticas y terapéuticas que supone. De los 79 casos de PSH con manifestaciones neurológicas descritos en la bibliografía hasta 1985, la mayoría presentaron crisis, seguidos en orden de frecuencia por depresión del nivel de conciencia, déficit focal, cambios conductuales, cefalea, mononeuropatías y polineuropatías. Es muy probable, por tanto, que una gran parte de los pacientes reportados previamente sufrieran una LPR.

Joan Montaner, Carlos Molina,
José Álvarez-Sabin y José Ordóñez

Unidad Cerebrovascular, Servicio de Neurología.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

- Ortega M, Trejo O, Perea M, Agirreolea N. Manifestaciones neurológicas en la púrpura de Schönlein-Henoch. Med Clin (Barc) 2000; 9: 356.
- Belman AL, Leicher CR, Moshé SL, Mezey AP. Neurologic manifestations of Schönlein-Henoch Purpura: Report of three cases and review of the literature. Pediatrics 1985; 75: 687-692.
- Heaton EB, Brust JC, Fienfeld DA, Thomson GE. Hypertensive encephalopathy and the neurologic manifestations of malignant hypertension. Neurology 1982; 32: 127-132.
- Hinchey J, Chaves C, Appignani B, Breen J, Pao L, Wang A et al. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. N Engl J Med 1996; 334: 494-500.

Derrame pleural tras laparoscopia ginecológica por un endometrioma ovárico

Sr. Editor: La cirugía laparoscópica es una técnica que reduce la estancia hospitalaria y el período de convalecencia¹. Esta técnica se aplica tanto en la cirugía abdominal como en la cirugía ginecológica o urológica. Entre las complicaciones más frecuentes destacan las infecciones, hemorragias, neumotórax, neumomediastino y atelectasias, entre otras. Presentamos un caso de derrame pleural como complicación de una laparoscopia ginecológica.

Paciente de 40 años, con antecedentes de hipotiroidismo subclínico que no precisó tratamiento. Ingresó en otro centro para intervención quirúrgica mediante laparoscopia de un endometrioma ovárico. El estudio preoperatorio (incluida la radiografía de tórax) era estrictamente normal. Se practicó una anexectomía izquierda y quistectomía de ovario derecho con adhesiolisis. La duración de la intervención quirúrgica fue superior a 2 h. Al despertar de la anestesia presentó disnea y desaturación de oxígeno. En la radiografía de tórax en ese momento se evidenció un derrame pleural derecho y se realizó una toracocentesis evacuadora de 600 ml de un líquido serohemático, con lo que la paciente mejoró. La analítica del líquido pleural correspondió a un exudado con 1.500 leucocitos/ μ l (75% de neutrófilos), proteínas de 4 g/l, glucosa de 98 mg/dl, lactatodeshidrogenasa (LDH) 121 U/l, pH 8 y adenosindesaminasa 18 U/l. Los cultivos y la citología resultaron negativos. Se instauró tratamiento antibiótico con cefalosporinas de tercera generación y fue remitida a nuestro centro para completar el estudio, con la intención fundamental de descartar la tromboembolia pulmonar. En la exploración física destacaba una hipofonía basal derecha. El hemograma y la coagulación fueron normales, con unas proteínas totales de 61 g/l y LDH de 157 U/l. En la radiografía de tórax se comprobó una disminución del derrame pleural. En la ecografía abdominal y pélvica no se observaron alteraciones y no había ascitis. Mediante una gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión se descartó embolia pulmonar. En el ecocardiograma se comprobó la buena función ventricular. A los 7 días del episodio la radiografía de tórax resultó normal, procediéndose al alta hospitalaria de la paciente. A los 2 meses del episodio la paciente está asintomática y se mantiene la resolución radiológica del derrame pleural.

En la laparoscopia ginecológica es necesario provocar un neumoperitoneo mediante insuflación de CO₂ y colocar a la paciente en posición de Trendelenburg para conseguir una buena visualización del campo operatorio. Durante la intervención, para realizar lavados, se irriga suero salino que posteriormente se aspira. En nuestro caso el mecanismo de producción del derrame pleural sería, por una parte, la posición de Trendelenburg y, por otra, la acumulación parcial de los líquidos instilados para hacer los lavados en la cavidad abdominal.

Mediante una búsqueda bibliográfica médica en MEDLINE, utilizando como palabras clave *pleural effusion* y *laparoscopy*, sólo hemos encontrado dos artículos que describan esta asociación. En un caso se describe, tras una colecistectomía laparoscópica, un empiema secundario a un absceso subfrénico por el paso de cálculos a la pleura². Durante la intervención se produjo la rotura de la vesícula biliar y no se pudieron recuperar algunos cálculos. A los 4 meses la paciente consultó por disnea, realizándose una radiografía de tórax que reveló un derrame pleural derecho; el líquido pleural era un exudado, y tanto los cultivos como la citología fueron negativos. La TC abdominal objetivó una colección subdiafragmática y retrohepática; la ecografía abdominal confirmó la presencia de cálculos en dicha colección. Se practicó una toracoscopia con drenaje del líquido pleural y descorticación, encontrándose en la pleura diafragmática varios cálculos. La pleurolitiasis se ha descrito también en otros pacientes a los que se les practicó una colecistectomía laparoscópica^{3,4}. McAllister et al⁵ describen una serie de 27 pacientes colecistectomizados por laparoscopia a los que se realizó una TC toracoabdominal a las 24 h y estudian las posibles complicaciones inmediatas. El neumoperitoneo y el enfisema subcutáneo eran las más frecuentes, estando presentes en un 70 y un 56% de los casos, respectivamente; las atelectasias se presentaron en un 44% de los pacientes. En un 33% de los casos presentaban derrame pleural y en la mitad de ellos era bilateral. En este estudio se apuntó como mecanismo de producción del mismo el aumento de presión en el pulmón producido por el neumoperitoneo. Desde el primer momento nos llamó la atención lo que le sucedió a la enferma se produjo durante el acto quirúrgico. El líquido pleural de esta paciente correspondió a un exudado poco inflamatorio (pH 8, LDH 121 U/l) y apareció de forma brusca durante la intervención, por lo que creemos, aunque no lo podemos afirmar rotundamente, que pudo haberse producido por la acumulación del líquido del lavado peritoneal propiciado por la posición de Trendelenburg y la irrigación prolongada, tal vez por la dificultad técnica que conllevó el acto quirúrgico. Las intervenciones laparoscópicas se realizan cada vez con más frecuencia, por lo que conviene estar preparados ante problemas nuevos derivados de dichos procedimientos.

M.^a José Rego, Agustín Urrutia,
Oriol Estrada y Celestino Rey-Joly

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans
Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

1. Soper N, Brunt LM, Kerbl K. Laparoscopic general surgery. N Engl J Med 1994; 330: 409-419.
2. Neumeyer D, LoCicero J, Pinkston P. Complex pleural effusion associated with a subphrenic gallstone phlegmon following laparoscopic cholecystectomy. Chest 1996; 106: 284-286.

3. Downie GH, Robbins MK, Souza JJ et al. Cholelithoptysis: a complication following laparoscopic cholecystectomy. Chest 1993; 103: 616-617.
4. Brazinsky SA, Colt H. Thorascopic diagnosis of pleurolithiasis after laparoscopic cholecystectomy. Chest 1993; 104: 1273-1274.
5. McAllister JD, D'Altorio RA, Snyder A. CT findings after uncomplicated percutaneous laparoscopic cholecystectomy. J Comput Assist Tomogr 1991; 15: 770-772.

Pentoxifilina en el tratamiento de la aftosis orogenital y del síndrome de Behçet

Sr. Editor: En 1993 publicamos los primeros 6 casos de aftosis oral recurrente (AOR) tratados con pentoxifilina (PTX)¹. Posteriormente, se han publicado series más largas que sugieren también un efecto beneficioso de este fármaco en pacientes con AOR²⁻⁴. Comparada con otros tratamientos antiinflamatorios e inmunomoduladores empleados en la AOR, la PTX tiene la ventaja de que suele ser bien tolerada y carece de efectos secundarios derivados de su uso prolongado a largo plazo. Nuestra experiencia acumulada con este tratamiento ha incluido a 48 pacientes con AOR de más de 2 años de evolución y con uno o más brotes cada 2 meses, que han sido tratados con pentoxifilina durante al menos 6 meses. Hemos observado desaparición de los brotes durante el tratamiento en 20 casos (41,6%), clara mejoría sintomática en 14 casos (29,2%), y ausencia de respuesta en 9 casos (18,7%). En 5 pacientes (10,4%) se suspendió el tratamiento por molestias gastrointestinales. En ocasiones, las aftas orales se acompañan de aftas genitales y esta asociación se observa con frecuencia en los pacientes con el síndrome de Behçet^{5,6}. Presentamos dos casos de pacientes con aftosis orogenital (AOG) recurrente idiopática y un caso de AOG asociada al síndrome de Behçet que respondieron de forma favorable al tratamiento con pentoxifilina.

Caso 1. Mujer de 22 años con AOG recurrente de 2 años de evolución, sin evidencia de otra enfermedad cutánea o sistémica asociada. El tratamiento con corticoides y colchicina por vía oral, solos o asociados entre sí, produjo escasa mejoría. La combinación de colchicina (0,5 mg/día) y pentoxifilina (400 mg/12 h) indujo mayor latencia entre los brotes y menor duración e intensidad de los mismos durante los primeros 6 meses de tratamiento. No presentó nuevos brotes en los 12 meses siguientes.

Caso 2. Mujer de 40 años con AOG de 5 años de evolución. El tratamiento con talidomida (100 mg/día) indujo la remisión de los brotes. Al reducir la dosis a 50 mg/día reaparecieron los brotes. La combinación de esta última dosis de talidomida con pentoxifilina (400 mg/12 h) indujo la desaparición de los brotes durante un año de tratamiento, con buena tolerancia.

Caso 3. Varón de 35 años de edad con AOG, artralgias, seudofoliculitis y pústulas cutáneas (de aparición anterior a la administración de corticoides), por lo que fue diagnosticado de síndrome de Behçet. Durante 3 años fue tratado en otro centro con corticoides orales, observándose una mejoría parcial que desaparecía al reducir la dosis. Presentaba signos de hipercoagulabilidad iatrogénica. Una vez que fue evaluado en nuestra consulta, se procedió a un descenso progresivo de la corticoterapia hasta su suspensión y se añadió pentoxifilina (400 mg/8 h). Este último tratamiento se mantuvo durante un año con excelente tolerancia y desaparición completa de los brotes de AOG, así como de las demás manifestaciones cutáneas y extracutáneas de su enfermedad.

Estos tres casos sugieren un beneficio del tratamiento con pentoxifilina en pacientes con AOG y/o síndrome de Behçet. La utilidad de este fármaco en pacientes con AOG recurrente idiopática no ha sido descrita previamente. La respuesta observada en el tercer caso (AOG asociada a síndrome de Behçet) está en línea con lo publicado previamente por Yasui et al⁷. Estos autores trataron con pentoxifilina a 3 pacientes con el síndrome de Behçet, observando una clara mejoría de la afección ocular y de las aftas orogenitales en los 3 casos. La causa de las aftas recurrentes y del síndrome de Behçet no está definida y su patogenia es compleja^{5,6}. El mecanismo por el que la PTX puede actuar en estos pacientes es motivo de especulación. Aunque la PTX posee múltiples efectos inmunomoduladores *in vitro*, casi todos ellos se producen a concentraciones muy superiores a las alcanzadas *in vivo* con las dosis empleadas⁸. Sin embargo, la PTX ejerce un efecto hemorreológico *in vivo*, por lo que es utilizada en el tratamiento de la enfermedad arterioesclerótica periférica, en particular en pacientes con claudicación intermitente⁹. Algunos estudios recientes han presentado alteraciones en las propiedades reológicas de los neutrófilos en los pacientes con síndrome de Behçet¹⁰. Es posible que el efecto beneficioso de la PTX en pacientes con AOR, AOG y síndrome de Behçet sea simplemente consecuencia de una mejoría de la microcirculación (mediada, al menos en parte, por sus efectos reológicos sobre los neutrófilos) y del doble efecto antiinflamatorio y facilitador de la reparación del daño tisular derivado de este hecho⁶. La demostración de este efecto terapéutico queda pendiente de la realización de ensayos clínicos adecuadamente diseñados para tal fin.

Ángel Pizarro, Pedro Herranz, Almudena
García-Tobaruela* y Mariano Casado

Servicios de Dermatología y *Medicina Interna. Hospital
Universitario La Paz. Madrid.

1. Pizarro A, Herranz P, Ferrer M, Casado M. Aftosis oral recurrente: tratamiento con pentoxifilina. Med Clin (Barc) 1993; 101: 237.
2. Pizarro A, Navarro A, Fonseca E, Vidaurrezaga C, Herranz P. Treatment of recurrent aphthous stomatitis with pentoxifylline. Br J Dermatol 1995; 133: 659-660.
3. Wahba-Yahav AV. Pentoxifylline in intractable recurrent aphthous stomatitis: an open trial. J Am Acad Dermatol 1995; 33: 680-682.
4. Chandrasekhar J, Liem AA, Cox NH, Paterson AW. Oxyptifililine in the management of recurrent aphthous ulcers. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999; 87: 564-567.
5. Sakane T, Takeno M, Suzuki N, Inaba G. Behçet's disease. N Engl J Med 1999; 341: 1284-1291.
6. Ghathe JV, Jorizzo JL. Behçet's disease and complex aphthosis. J Am Acad Dermatol 1999; 40: 1-18.
7. Yasui K, Ohta K, Kobayashi M, Aizawa T, Komiyama A. Successful treatment of Behçet disease with pentoxifylline. Ann Intern Med 1996; 124: 891-893.
8. Pizarro A, Robayna G, Rubio FA, García-Tobaruela A, Muñoz-Fernández MA. Inmunomodulación por pentoxifilina: ¿realidad o fantasía? Actas Dermosifiliogr 1997; 88: 373-384.
9. Ernst E. Pentoxifylline for intermittent claudication. A critical review. Angiology 1994; 45: 339-345.
10. Iijima S, Otsuka F. Peripheral blood neutrophil rheology measured by micropore filtration reflects Behçet's disease activity well. J Dermatol Sci 1997; 15: 44-50.