

CARTAS CLÍNICAS

Mácula eritematosa dolorosa en el tobillo de una mujer joven



Painful erythematous macular lesion in the ankle of a young woman

Presentamos el caso de una mujer de 25 años de edad, con antecedentes personales de migraña episódica, sin otros antecedentes médicos de interés, que acudió a urgencias por dolor y lesión cutánea de un mes de evolución en región maleolar interna de tobillo izquierdo. La lesión comenzó siendo una pequeña mácula asintomática que creció y se volvió dolorosa de forma progresiva. Trabajaba como camarera y refería pasar muchas horas de pie.

A la exploración se observó una mancha eritematosa de centro violáceo de unos 3 cm de diámetro en cara interna de maléolo izquierdo de bordes mal delimitados, con tumefacción de ese pie (fig. 1). En la región maleolar externa se apreció una pequeña mácula eritematosa similar que la paciente no había referido. Las constantes vitales, incluyendo temperatura y tensión arterial, fueron normales.

Se realizó analítica sanguínea, donde destacaba una leve leucocitosis con desviación a la izquierda, con reactivos de fase aguda dentro del rango de la normalidad.

La biopsia cutánea mostró una vasculitis de vasos de pequeño y mediano calibre con discreta paniculitis lobulillar, con infiltrado inflamatorio perivascular mixto (fig. 2).

Posteriormente se solicitaron sedimento urinario, electrocardiograma, radiografía de tórax, serologías incluyendo virus hepatitis c (VHC) y virus hepatitis B (VHB), anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), factor reumatoide (FR), crioglobulinas, complemento total y fracciones, inmunoelectroforesis de proteínas y anticuerpos antiestreptocócicos (ASLO), encontrándose estos últimos ligeramente elevados y el resto de las pruebas normales.

Con estos datos se realizó el diagnóstico de arteritis cutánea (AC). Se inició tratamiento con prednisona oral a dosis de 0,5 mg/kg/día en pauta descendente y se indicó analgesia y reposo con elevación de miembros inferiores.

Las lesiones desaparecieron completamente con el tratamiento, dejando leve hiperpigmentación residual. Sin embargo, ha presentado varios brotes posteriormente, algunos de ellos con lesiones más extensas que el cuadro inicial, por lo que se inició tratamiento con azatioprina 100 mg/día y posterior descenso de dosis, sin nuevos brotes hasta este momento actual.



Figura 1 Mancha eritematosa de centro violáceo y bordes mal delimitados en cara interna del maléolo izquierdo.

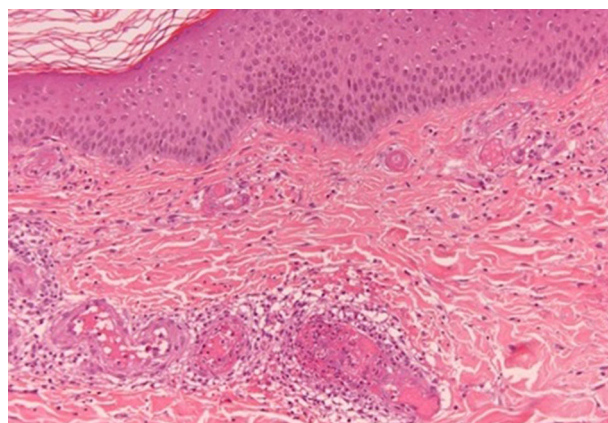


Figura 2 Necrosis fibrinoide con afectación de las arteriolas de la dermis, con extravasación de hematíes.

La AC (antes denominada poliarteritis nodosa cutánea)¹ es una vasculitis necrosante que afecta a arterias de mediano y pequeño tamaño situadas en la dermis profunda o la hipodermis y que suele acompañarse de paniculitis lobulillar. Se considera una enfermedad rara, aunque su incidencia real se desconoce y podría tratarse de una entidad infra-diagnosticada. Puede aparecer a cualquier edad y no se ha encontrado predominancia de ningún género, aunque algunos estudios sugieren una prevalencia algo mayor en mujeres^{2,3}.

Tabla 1 Diagnóstico diferencial de la arteritis cutánea

	Arteritis cutánea	Vasculitis leucocitoclástica	Vasculopatía livedoide
Clínica	Livedo reticular con nódulos subcutáneos y ulceración en tercio distal de miembros inferiores	Púrpura palpable en miembros inferiores o en zonas declives. A veces vesículas, ampollas o placas de morfología anular	Máculas purpúricas que evolucionan a úlceras de aspecto estrellado en tercio distal de miembros inferiores
Dolor de las lesiones	Moderado	Ausente o leve	Muy intenso
Cicatrices residuales	Solo si úlceras	Solo si úlceras (poco frecuente)	Siempre (atrofia blanca)
Manifestaciones sistémicas	Mialgias, astenia, edemas o fiebre	Ausentes en la mayoría. A veces artralgias, astenia, fiebre o anorexia	Ausentes
Asociaciones	Infección estreptocócica, VHB y VHC	> 50% idiopática. Infecciones, medicamentos, enfermedades autoinmunes o neoplásicas	Alteraciones de la coagulación, neoplasias, enfermedades autoinmunes e insuficiencia venosa
Anatomía patológica	Inflamación de la pared de arterias de mediano y pequeño tamaño en dermis profunda con paniculitis lobulillar con infiltrado inflamatorio perivascular mixto	Inflamación de la pared de pequeños vasos (capilares y vénulas) con infiltrado inflamatorio perivascular mixto	Trombosis focal de arteriolas y vénulas. Escasa reacción inflamatoria con predominio de linfocitos

Clínicamente suele iniciarse como una livedo reticular, con posterior aparición de nódulos subcutáneos y ulceración de predominio en el tercio distal de los miembros inferiores³. Los brotes pueden acompañarse de mialgias, astenia, edemas o fiebre, y a veces afectan de forma extensa al resto del tegumento. Sin embargo, estas manifestaciones desaparecen entre los brotes, y no hay afectación importante de órganos internos, lo que la diferencia de la forma sistémica de poliarteritis nodosa (PAN), con mayor morbimortalidad⁴.

En niños y jóvenes, la forma cutánea es la más frecuente, y no es raro que en estos casos aparezca asociada con una infección estreptocócica⁵. En nuestro caso, la paciente no presentaba sintomatología sugestiva de infección, aunque sí encontramos los ASLO discretamente elevados. También es importante descartar infección por VHB y VHC, ya que son los factores que se han asociado a esta enfermedad con más frecuencia^{6,7}.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras vasculopatías que afectan principalmente a miembros inferiores, incluyendo la vasculitis leucocitoclástica o la vasculopatía livedoide^{8,9}, aunque el diagnóstico definitivo es histopatológico. En la [tabla 1](#) podemos encontrar las principales características de estas entidades.

El tratamiento sintomático se basa en el reposo, con elevación de los miembros y analgésicos para tratar el dolor, siendo de elección los antiinflamatorios no esteroideos. En casos leves donde solo encontramos eritema, se han utilizado de forma eficaz corticoides tópicos. Sin embargo, en los casos refractarios o que presenten importante dolor, ulceración, necrosis o sintomatología extracutánea se recomienda el uso de glucocorticoides sistémicos a dosis de 0,5-1 mg/kg/día, reduciendo progresivamente según la gravedad del cuadro. Las recaídas son frecuentes, y para su prevención pueden prescribirse inmunosupresores como azatioprina, metotrexato o ciclofosfamida,

aunque su efectividad no ha sido comprobada en estudios prospectivos^{3,7}.

El pronóstico, a diferencia de la forma clásica de PAN, es muy bueno. Sin embargo, suele seguir un curso crónico y recidivante, aunque con tendencia a desaparecer con el paso del tiempo³.

Como resumen, ante un paciente con lesiones sugestivas es importante realizar una exploración física dirigida para descartar infección estreptocócica asociada o datos de afectación sistémica, una analítica general que incluya ASLO, analítica de orina para descartar afectación renal, *screening* de colagenopatías (ANA, FR, complemento, crioglobulinas) y serología de VHB y VHC, así como derivar rápidamente a dermatología para realización de biopsia cutánea.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Bielsa I. Actualización en la nomenclatura de las vasculitis. Conferencia de Consenso Internacional de Chapel Hill, 2012. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106:605-8.

2. Haviv R, Capua M, Amir J, Harel L. Cutaneous polyarteritis nodosa successfully treated with topical diflucortolone valerate: A case report and review of the literature. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2014;12:46.
3. Morgan JA, Schwartz RA. Cutaneous polyarteritis nodosa: A comprehensive review. *Int J Dermatol*. 2010;49:750–6.
4. Pulido-Pérez A, Avilés-Izquierdo JA, Suárez-Fernández R. Vasculitis cutáneas. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:179–91.
5. Matteoda MA, Stefano PC, Bocián M, Katsicas MM, Sala J, Cervini AB. Cutaneous polyarteritis nodosa. *An Bras Dermatol*. 2105; 90 (3 Suppl 1): S188-190.
6. Díez-Picazo L, Yebra M, Mellor S, Suárez E. Hepatitis C y poliarteritis nodosa cutánea. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:278.
7. De Virgilio A, Greco A, Magliulo G, Gallo A, Ruoppolo G, Conte M, et al. Polyarteritis nodosa: A contemporary overview. *Autoimmun Rev*. 2016;15:564–70.
8. López-Villaescusa MT, Pérez-García LJ, Martínez-Martínez ML, Faura-Berruga C. Un paciente con vasculitis livedoide. *Semerger*. 2013;39:340–1.
9. Canales Reina J, Bethencourt Guimerá R. Vasculitis leucocitoclástica. *Form Med Contin Aten Prim*. 2008;15:304–5.

M. Dorado-Fernández^{a,*}, C. Brufau-Redondo^a,
F. Pastor-Quirante^b, J. Ruiz-Martínez^a
y J. Hernández-Gil Sánchez^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariadorado28@gmail.com

(M. Dorado-Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2016.07.011>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Celulitis por *Pasteurella multocida* tras mordedura de gato y posterior eritema nudoso



Pasteurella multocida cellulitis after cat bite and subsequent erythema nodosum

En la actualidad, son muchas las personas que disponen de mascotas y animales de compañía, y cada vez son más frecuentes las lesiones accidentales producidas por ellos, en especial los arañazos y mordeduras. La mordedura por gato puede causar la infección local de la piel y tejido subcutáneo por *Pasteurella multocida*, que ocasionalmente puede complicarse con enfermedades en otras localizaciones, alguna de ellas potencialmente mortales, en especial si se producen en pacientes con enfermedades crónicas y comorbilidad^{1,2}.

Presentamos el caso de una celulitis por *Pasteurella multocida* tras mordedura de un gato, que posteriormente desarrolló una paniculitis (eritema nudoso).

Se trata de una mujer de 33 años, sin antecedentes de interés, que acude a nuestro centro tras mordedura de gato en pierna izquierda 3 días antes y tras haber comenzado tratamiento 24 h antes con amoxicilina/clavulánico 500 mg/8 h por empeoramiento de las heridas. Presenta 4 lesiones incisas en las que se aprecian bordes esfacelados de color ligeramente verdoso, con evidentes signos de infección, piel perilesional eritematosa, inflamada, caliente al tacto y con exudado purulento (fig. 1). No se aprecian adenopatías locales ni regionales. No tenía fiebre. Se obtiene cultivo y se mantiene el tratamiento aumentando la dosis de amoxicilina/clavulánico a 1.000/62,5 mg/12 h. Se realizó cura con plata para reducir la carga bacteriana y se cubrió con apósito semi-oclusivo para mantener cura húmeda y fomentar el desbridamiento autolítico³. En el cultivo crece *Pasteurella multocida* sensible a amoxicilina/clavulánico. A los 10 días, finalizado el tratamiento, refiere la aparición de nódulos subcutáneos dolorosos y enrojecidos en glúteo derecho y antebrazo izquierdo con resolución espontánea. Cuando se

exploran no se aprecian nódulos salvo leves acúmulos de lo que parece grasa subcutánea. Se decide entonces ver evolución. A los 3 meses acude refiriendo que ha continuado la aparición de nuevos nódulos subcutáneos en zona pretibial de ambas piernas y antebrazos que desaparecen tras unos días, dejando una coloración marrón-violácea en la zona donde han estado. La exploración confirma nódulos subcutáneos pretibiales compatibles con eritema nudoso (fig. 2).

La exploración física fue totalmente normal, salvo las lesiones cutáneas pretibiales. Análítica con hemograma normal (hematíes $4,55 \times 10^6$, leucocitos $8,02 \times 10^3$ con fórmula normal, plaquetas 349×10^3 , VS 8 mm/h. Bioquímica (glucosa, creatinina, Ac. úrico, colesterol total, triglicéridos, proteínas totales, bilirrubina total, ALT, AST, GGT, fosfatasa alcalina, sodio, potasio, cloro, hierro y ferritina) totalmente normal. PCR 1,41 mg/l, factor reumatoide < 10,6 UI/l, proteinograma normal, ANA negativos. Serología a hepatitis B, hepatitis C, VIH, sífilis, citomegalovirus y toxoplasma: negativos. Mononucleosis: Ac VCA IgM negativo, Ac EBNA+, Mantoux negativo. Radiografía de tórax: normal (no existe ningún dato que pueda sugerir la presencia de sarcoidosis).

Aunque no tenemos confirmación histológica, las lesiones cutáneas son clínicamente compatibles con eritema nudoso y tras los resultados asumimos su posible relación con la infección previa por *Pasteurella multocida*.

Tras una herida por mordedura de gato o perro pueden aparecer celulitis y abscesos⁴, y no es infrecuente que sean debidas a *Pasteurella multocida*. Este germen forma parte de la flora orofaríngea habitual de los perros y, especialmente los gatos (presente en más del 90%) y se transmite a los humanos a través de mordeduras, lametones o arañazos, aunque también se transmite por gotículas que son inhaladas a través del tracto respiratorio. Tras la mordedura e infección local se produce una celulitis que suele ser de aparición precoz (3-6 h tras la mordedura) lo que la diferencia de aquellas producidas por *Streptococcus* sp o *Staphylococcus* sp que aparecen a las 24-48 h. Aunque la infección por *Pasteurella* está descrita como causa de eritema nudoso