

Caso 1

David Campillo Recio
R3 Medicina Interna
Hospital Severo Ochoa
(Leganés)

CASO CLÍNICO

- Varón de **21 años**, natural de República Dominicana. Custodiado.
- AP: Intolerancia a la indometacina. **Fumador** de 4 paquetes de tabaco a la semana. **Consumidor habitual de hachís**. Fractura de fémur derecho intervenida hace 5 años.
- ENFERMEDAD ACTUAL: **Artritis** de 8 meses de evolución, seguido de **fiebre elevada y afectación poliarticular** incluyendo codos, muñecas y tobillos. **Astenia, anorexia e importante cefalea acompañantes**. Una semana antes de ser derivado a Urgencias, lesiones **purpúricas en miembros inferiores** progresando hasta alcanzar glúteos, abdomen y antebrazos, con aspecto en días posteriores de placas sobreelevadas. Tras tratamiento **antibiótico y corticoideo, desaparición de lesiones**, por lo que se decide seguimiento ambulatorio.

CASO CLÍNICO

- Pasados 2 meses aparición de **lesión necrótica en falange distal de segundo dedo de pie izquierdo** y **lesión equimótica de menor tamaño en falange distal de primer dedo**.
- **EF: MMII: lesión necrótica en falange distal de segundo dedo de pie izquierdo (abarca todo el pulpejo) y lesión equimótica de menor tamaño en falange distal de primer dedo**. El paciente refiere que la lesión se inició con características **ampollosas y muy dolorosa**. Ausencia de lesiones a otro nivel, con desaparición completa de afectación inicial en MMII (púrpura). Resto sin alteraciones.

CASO CLÍNICO

Pruebas complementarias:

- Hemograma normal. **VSG: 60.**
- Hemostasia: **fibrinógeno 434.** Resto normal.
- Bioquímica con perfil renal, hepático, iones: normal. Niveles bajos de folato y B12. **Ferritina 698. PCR: 7.6.**
- Factor reumatoide: negativo. ANAs positivos.
- Serologías para VIH, virus hepatotrofos, Brucella, CMV, toxoplasma, borrelia y coxiella: negativas.
- Sedimento urinario y orina de 24 horas: sin alteraciones. Tóxicos en orina: negativos.
- Hemocultivos: negativos.
- Rx Tórax: estructuras pleuropulmonares sin alteraciones.
- Ecocardiograma transtorácico: sin alteraciones.



1. Púrpura:

1. NO PALPABLE
2. PALPABLE (vasculitis):

1. Primarias:

1. Grandes vasos

1. A. Células gigantes
2. A. Takayasu

2. Mediano calibre:

1. Poliarteritis nodosa.
2. Enf. Kawasaki.

3. Mediano/pequeño:

1. Wegener
2. Churg-Strauss
3. Poliangeitis microscópica

4. Pequeño calibre:

1. Vasculitis leucocitoclástica
2. Púrpura Schönlein-Henoch
3. Crioglobulinemia mixta esencial

2. Secundarias

1. Infecciosas
2. Neoplásias
3. Conectivopatía
4. Drogas



CA
DA

PÚRPURA NO PALPABLE

1. **Afectación cutánea:** traumática, solar, dermatosis pigmentaria, estroidea, vasculitis livedoide.
2. **Coagulopatías** (PTI, alteració función plaquetaria, deficit factores)
3. **Fragilidad o malfomación vascular:** amiloidosis sistémica, collagenopatías congénitas (Ehlers-Danlos, Marfan, Pseudoxantoma elástico, Rendu-Osler, Fabry, ataxia-teleangiectasia), púrpura senil, escorbuto.
4. **Trombosis intravascular:** CID, crioglobulinemia, PTT, dicumarínicos.
5. **Embolismo:** graso, colesterol, tumoral (mixoma), endocarditis marántica, infecciosa...
6. **Inmunocomplejos:** Sd. Gardner-Diamond, **Waldeström**

VASOS DE GRAN CALIBRE

- ~~ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES~~
- ~~ENFERMEDAD DE TAKAYASU~~

MEDIANO CALIBRE

PAN:

1. Sistémica vs cutánea:

1. Asociación con VHB, infección estreptocócica, fármacos, anfetaminas.
2. Vasculitis necrotizante de arterias de mediano calibre.
3. Entre 50-60 años, predominio hombres (30 años en forma cutánea).
4. Subagudo: fiebre, sd.constitucional.
5. Artralgias de grandes articulaciones sin sinovitis.
6. Manifestaciones cutáneas: livedo, nódulos o ulceraciones, isquemias digitales.
7. Mononeuritis 60%, GI 50%, nefropatía en 40%.

MEDIANO Y PEQUEÑO CALIBRE

Granulomatosis Wegener.

- Afectación respiratoria inicio 70%, renal 85%.
- Afectación otológica 60%, nasal 80%

Sd. Churg. Strauss:

- Varones 40-60 años
- Asma, rinitis alérgica ó poliposis (fase inicial, preceder 10 años)
- Afectación pulmonar, cardiaca y gastrointestinal

Poliangeitis microscópica:

- PAN con afectación glomerular y pulmonar.
- Afectación cutánea en 2/3 pacientes

PEQUEÑO CALIBRE

1. VASCULITIS POR HIPERSENSIBILIDAD (ACR):

1. AFECTACIÓN CUTÁNEA SIN AFECTACIÓN VISCERAL
2. PÚRURA PALPABLE EN EEL SIN TROMBOPENIA
3. ARTRALGIAS +/- ARTRITIS EN 50%

2. PÚRPURA SCHÖNLEIN-HENOCH:

1. PÚRPURA Y ARTRALGIAS SIMILAR A VH
2. DOLOR ABDOMINAL 50-70% +/- NEFROPATÍA 20-100%

3. VASCULITIS URTICARIFORME:

1. URTICARIA 24H DE DURACIÓN NO DOLOROSA
2. ANGIOEDEMA, DOLOR ABDOMINAL...

PEQUEÑO CALIBRE

CRIOGLOBULINEMIA MIXTA ESENCIAL:

- **VHC 90%**
- **Púrpura MMII**
- **Artralgias sin artritis en 70%**
- **Crioglobulinas (Criocrito >1%)**
- **Otras manifestaciones (neurológicas, nefropatía)**

VASCULITIS SECUNDARIAS

1. **Infecioso:**

1. **Víricas**

1. **Virus hepatotropos**

2. **CMV**

3. **Parvovirus B19**

1. **Más frecuente en niños**

2. **Dos fases: astenia, fiebre, mialgias seguido de exantema y artralgias (60% de los adultos). Aplasia medular.**

3. **Se ha relacionado con PTI,LES, vasculitis necrotizante.**

2. **Meningococemia aguda**

3. **Infección gonocócica diseminada**

4. **Ectima gangrenoso**

5. **Fiebre botonosa**

6. **Endocarditis**

2. **Neoplásico**

OTRAS CAUSAS

1. TROMBOANGEITIS OBLITERANTE

(Sd.Buerger):

- **Fumadores jóvenes**
- **Vasculitis de peq/mediano calibre**
- **Isquemia digital, con ulceraciones.**
- **Rara afectación visceral**
- **Artralgias y artritis entre 12-15% pueden preceder a la isquemia.**
- **Buena evolución con abandono de hábito tabáquico**

2. ARTERITIS POR CANNABIS

J Addict Med. 2010 Dec;4(4):191-6.

Cannabis arteritis: review of the literature.

Cottencin O, Karila L, Lambert M, Arveiller C, Benyamina A, Boissonas A, Goudemand M, Reynaud M.

From the Departments of Addictology (OC, MG) and Internal Medicine (ML), University Hospital of Lille, Lille; and Department of Addictology (LK, CA, A Benyamina, A Boissonas), Paul Brousse University Hospital, Villejuif, France.

Vasa. 2010 Feb;39(1):43-53.

Cannabis-associated arteritis.

Grotenhermen F.

Nova-Institut, Hürth, Germany. franjo.grotenhermen@nova-institut.de

Ann Vasc Surg. 2011 May;25(4):469-73.

Is thromboangiitis obliterans presentation influenced by cannabis addiction?

Martin-Blondel G, Koskas F, Cacoub P, Sène D.

Department of Internal Medicine, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France.

Diagnóstico diferencial final:

- 1) PAN LOCALIZADA
- 2) INFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19
- 3) TROMBOANGIITIS OBLITERANTE +/-
ARERITIS POR CANNABIS
- 4) CRIOGLOBULINEMIA MIXTA
- 5) VASCULITIS POR HIPERSENSIBILIDAD

CRIOGLOBULINAS.
COMPLEMENTO E INMUNOGLOBULINAS
IgM ESPECÍFICA
BIOPSIA CUTÁNEA
SEGÚN RESULTADOS ARTERIOGRAFÍA MMII