

Vasculitis leucocitoclástica cutánea asociada a tuberculosis pulmonar

Sr. Editor: Las causas de vasculitis leucocitoclástica son muy variadas, entre ellas encontramos las asociadas a etiología infecciosa como la infección por *Mycobacterium tuberculosis*¹; sin embargo, hay muy pocos casos descritos²⁻⁵ y el mecanismo aún no está claro².

A continuación, se describe un caso de un joven con tuberculosis pulmonar cuya presentación inicial fue una vasculitis leucocitoclástica en miembros inferiores.

Se trata de un varón de 39 años, con hábito tabáquico y sin otros antecedentes de interés, que en las últimas 2 semanas había presentado dolor e inflamación en rodillas, tobillos y articulaciones metacarpofalángicas de manos. Se acompañaba de lesiones cutáneas en miembros inferiores (fig. 1). Refería que en los meses previos había presentado tos y expectoración, sin sensación febril ni disnea. La artritis había mejorado con antiinflamatorios. En la exploración sólo había que destacar unas lesiones purpúricas no palpables y que no palidecían a la presión en ambas piernas, sin signos de artritis ni otros hallazgos. En el hemograma y coagulación no había alteraciones. En la bioquímica: glucosa, 143 mg/dl; colesterol, 223 mg/dl; GGT, 82 U/l; fosfatasa alcalina, 293 U/l; LDH, 484 U/l, y el resto sin alteraciones. Las inmunoproteínas, proteinograma y complemento fueron normales. Los autoanticuerpos (ANA, ANCA) fueron negativos. La velocidad de sedimentación globular fue de 78 mm, y la proteína C reactiva, de 54,20 mg/dl. Las serologías de *Coxiella burnetii*, RPR

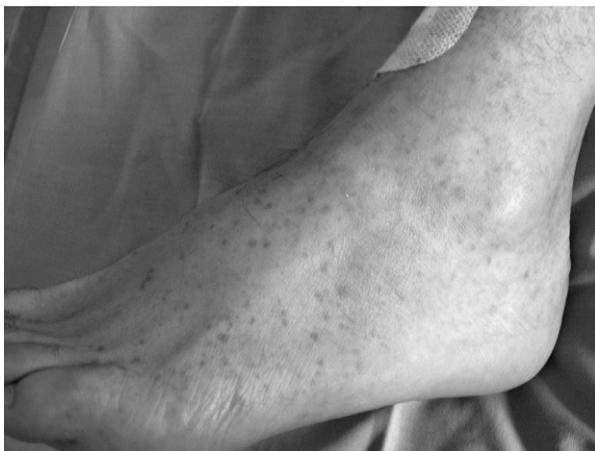


Figura 1. Visión macroscópica de las lesiones de vasculitis cutánea en un pie.

cuantitativo, hepatitis, VIH y fiebre Q fueron negativas. En la radiografía de tórax se apreciaba atelectasia del lóbulo superior derecho con cavitación central y nivel hidroaéreo secundario probablemente a absceso tuberculoso. En la tinción de Ziehl-Nielsen del esputo se observaban abundantes bacilos ácido-alcohol resistente, y se aisló *M. tuberculosis* en el cultivo. Se hizo biopsia de las lesiones cutáneas. En la anatomía patológica se apreciaba vasculitis neutrofílica de pequeños vasos superficiales (vasculitis leucocitoclástica) y en la inmunofluorescencia no había depósitos de inmunoglobulinas, complemento ni fibrinógeno. Dados los hallazgos de las pruebas complementarias se inició tratamiento antituberculoso con isoniazida, rifampicina y pirazinamida con buena respuesta y tolerancia. Las lesiones cutáneas fueron reduciéndose progresivamente hasta desaparecer a las 2 semanas.

La tuberculosis produce dos tipos de lesiones en la piel: por mecanismo directo, donde el microorganismo está presente (inoculación desde el exterior, micobacteriosis cutánea de procedencia endógena o por diseminación hematológica) o por vasculitis por hipersensibilidad, donde no se encuentra el microorganismo y el mecanismo patogénico propuesto es el depósito en las paredes de pequeños vasos de inmunocomplejos formados por anticuerpos contra proteínas de *M. tuberculosis*, aunque no está muy claro aún^{1,3-5}. Al igual que en otras enfermedades granulomatosas, como la sarcoidosis o la enfermedad de Crohn, se ha demostrado inmunocomplejos en pacientes con tuberculosis activa⁴. El título de estos inmunocomplejos se relaciona con la actividad de la enfermedad y tiende a caer tras iniciar el tratamiento antituberculoso^{2,4}. Se han descrito muy pocos casos de vasculitis cutánea de pequeños vasos asociada con tuberculosis pulmonar, uno de los cuales era una púrpura de Schoenlein-Henoch y el resto era la típica vasculitis leucocitoclástica²⁻⁶. También se han visto casos asociados al inicio del tratamiento antituberculoso con rifampicina⁴.

La vasculitis puede ser el primer síntoma de la tuberculosis, como en nuestro caso, o aparecer después del diagnóstico. La asociación de tuberculosis y vasculitis ocurre más en pacientes con inmunidad normal y tuberculosis crónica no tratada. Suele afectar a pequeños vasos de las extremidades inferiores². El tratamiento de la vasculitis es el de la infección subyacente y sólo en casos excepcionales se precisa el uso de corticoides^{2,3,5,6}.

María Esther Guisado Espartero^a, Ángel Domínguez Castellano^b, María Dolores Fernández Alba^c y Miguel Ángel Muniain Ezcurra^b

^aServicio de Medicina Interna B y Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

^bServicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

^cServicio de Reumatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

Bibliografía

1. Crowson AN, Milhm Jr MC, Magro CM. Cutaneous vasculitis: a review. *J Cutan Pathol*. 2003;30:161-73.
2. Minguez P, Pintor P, Buron R, Díaz-Pollán B, Puche JJ, Pontes JC. Pulmonary tuberculosis presenting with cutaneous leukocytoclastic vasculitis. *Infection*. 2000;28:55-7.
3. Lee A, Jang J, Lee K. Two cases of leukocytoclastic vasculitis with tuberculosis. *Clin Exp Dermatol*. 1998;23:225-6.
4. Chan CHS, Chong YW, Sun AJM, Hoheisel GB. Cutaneous vasculitis associated with tuberculosis and its treatment. *Tubercle*. 1990;71:297-300.
5. Stavropoulos PG, Boubouka DC, Anyfantakis NV, Panagiotopoulos KA, Kostakis GP, Georgala S, et al. Cutaneous small vessel vasculitis and pulmonary tuberculosis: an unusual association. *Int J Dermatol*. 2006;45:996-8.
6. Yano S. Henoch-Schönlein purpura associated with pulmonary *Mycobacterium avium*-intracellulare complex. *Intern Med*. 2004;43:843-5.