

CASO CLÍNICO: PÚRPURA + DIARREA

Dr. Luis Quiroga Prado (Adjunto Medicina Interna)

Pablo Ortiz de Urbina Fernández (R2 – Medicina Interna)

1 de junio de 2022

Servicio de Medicina Interna

ÍNDICE DE CONTENIDO



CASO CLÍNICO

Antecedentes
Enfermedad actual
Examen físico
Analítica sanguínea
Pruebas complementarias



DISCUSIÓN Y RESOLUCIÓN

Síntomas guía
1. Lesiones cutáneas
2. Diarrea
Siguiendo pasos
Conclusión

ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 27 años, soltero.

No fumador. Bebe fin de semana.

RAM (exantema) con penicilina en la infancia.

IQ: amigdalectomía. Hernia discal.

Calendario vacunal cumplido.

No refiere hepatitis previas ni tampoco en su medio familiar.

Hipotiroidismo en madre.

Polimiositis e Hiperferritinemia en padre.

ENFERMEDAD ACTUAL

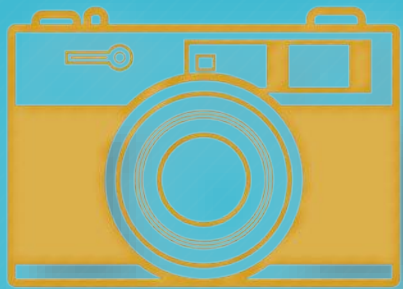
- Desde hace 2 meses presenta **erupciones en forma de brotes, en las piernas**, que mejoran con **tratamiento esteroideo** (Prednisona), para **volver a reaparecer** al suspender dicha medicación.
 - No refiere fiebre o dolor articular acompañante. Sensación de cansancio muscular en piernas.
- En la anamnesis dirigida refiere presentar desde hace unos **8 meses, diarrea continuada con 2-3 deposiciones** blandas/liquidadas, sin sangre ni moco.

EXAMEN FÍSICO

- Buen estado general. TA 120/60.
- Cabeza y cuello sin particularidades.
- Examen cardiopulmonar normal.
- Abdomen sin visceromegalias.
- Miembros sin tumefacción articular.
- Sistema dérmico con lesiones maculopapulares confluentes de distribución en piernas. (ver foto)

FOTO

Sistema dérmico con lesiones maculopapulares confluentes de distribución en piernas



ANALÍTICA SANGUÍNEA

Hemograma 6820 leucocitos. N67 L31 M 9 E 1 Hb 13.1 gr índices normales Plaquetas 322000. **VSG 19**.
Estudio básico coagulación: Razon tromboplastina 1.02; Tasa protrombina 98%; INR 0.98.

Glucosa 102; Urea 36; Cr 0,99; Úrico 4.3;
Colesterol total 222, Triglicéridos 89.

GOT 120; GPT 42; Bilirrubina Total 1.3;
F. Alcalina 213 U/L. Proteinograma Albumina 4,2;
Alfa 1: 0,3 Alfa 2: 0,8; Beta: 0,9; Gamma 1,3 sin
bandas. Fe 65 µg. Ferritina 197; IST 34%. PCR 3

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



Radiografía de tórax: normal



Electrocardiograma: Ritmo Sinusal Normal.



DISCUSIÓN Y RESOLUCIÓN

CASO CLÍNICO: PÚRPURA + DIARREA

SÍNTOMAS GUÍA



LESIONES CUTÁNEAS



DIARREA

1. LESIONES CUTÁNEAS

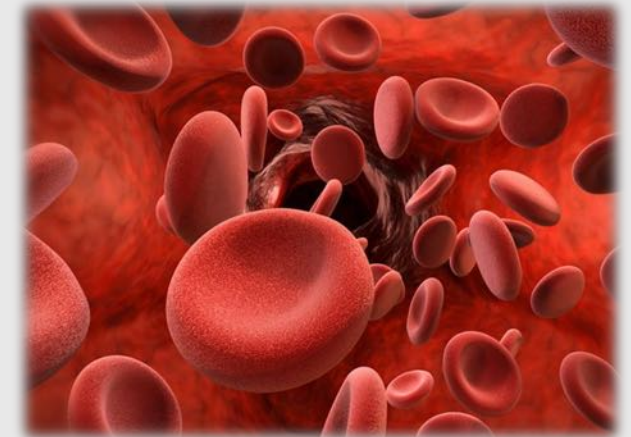
- **EXANTEMA PURPÚRICO**
 - Petequias confluentes/equímosis/hematomas
 - Coloración eritematosa-violácea
 - No sabemos si palidece o no a la vitropresión
- Palpable o no
 - Palpable orienta hacia patología vascular
 - No palpable orienta hacia etiología no vascular (alteración plaquetar o de la coagulación)
- Asientan sobre piel sana. Respetan zonas acrales.
- Localización en miembros inferiores
- No ulceradas, no descamación
- No prurito, ardor ni dolor asociado.

**IMPORTANTE: ANTE UNA PÚRPURA
COMPROBAR EL ESTADO GENERAL DEL
PACIENTE Y SIGNOS DE GRAVEDAD**

1. LESIONES CUTÁNEAS

- **Púrpuras. Clasificación según origen:**
 - Vasculares: alteración hemostasia primaria
 - Plaquetares
 - Trombopénicas, trombopatías, congénitas
 - Trombóticas

Nuestro paciente tiene pruebas de coagulación y plaquetas dentro de los límites de la normalidad



PÚRPURAS: CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA

Aguado Martínez, B., & Tojeiro Lorente, S. (2003).
Púrpura, todo un reto diagnóstico en la consulta de
Atención Primaria: a propósito de un
caso. *Medifam*, 13(2), 64-67.

Tabla I

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LA PÚRPURA

No palpable, no vascular

Por disminución del número de plaquetas
(trombopénicas)

Por alteración de la función plaquetaria (trombopáticas)

Por alteraciones de la coagulación

Palpable vascular o angiopática

Vasculitis por hipersensibilidad asociada a agentes
precipitantes: vasculitis leucocitoclástica

 Infecciosa (bacterias, virus, parásitos)

 Medicamentos (penicilinas, tetraciclinas,
 sulfamidas, eritromicina, griseofulmina, AINES,
 tiazidas, propiltiouracilo, yoduros, penicilamina,
 fenotiacinas, quinidina)

Asociada a desórdenes crónico persistentes:

 Colagenosis (LES. A.R. S. de Sjogren)

 Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa,
 enfermedad de Cröhn)

 Crioglobulinemia mixta

 Púrpura hipergammaglobulinémica de Waldenstrom

Asociada a neoplasias:

 Procesos linfoproliferativos

 Carcinomas

Idiopáticas

PÚRPURAS VASCULARES

- **Causa infecciosa:** cuadro clínico acompañante
 - Meningococemia: afectación estado general, rigidez de nuca...
 - Gonococemia diseminada: uretritis, afectación acral...
 - Rickettsiosis: distribución de lesiones, fiebre, mancha negra...
 - *Otros: Sepsis (coagulopatía por consumo), virus hemorrágicos...*
- **Medicamentosas (toxicodermias):** historial medicamentoso
 - Nuestro paciente RAM a penicilina
 - Causa más frecuente de vasculitis por hipersensibilidad
 - Respetan palmas y plantas
 - Mejoría con corticoides
- Colagenosis (LES, Sjögren...), miopatías o vasculitis sistémicas (Chapel-Hill)
 - A correlacionar con cuadro clínico y hallazgos analíticos
 - Mejoría con corticoides
- Crioglobulinemia mixta: esencial o secundaria
 - Crioglobulinas positivas, afectación articular, neurológica, renal.
 - Investigar VHC (muchas otras causas posibles, infecciosas o no).
- Neoplasias
 - Hematológicas: multitud de mecanismos.
 - Sólidas: fenómenos paraneoplásicos

*Instaurar tratamiento
etiológico urgente*

2. DIARREA

- En nuestro caso es **crónica**: eliminación superior a 300 gramos diarios en periodo mayor de 2 semanas.
- Lo primero es determinar:

ORGÁNICO	FUNCIONAL
Diarrea nocturna	Larga evol. sin repercusión general
Carácter continuo de la diarrea	Únicamente diurna e intermitente
Fiebre y síntomas generales asociados	Sin alteración sistémica ni pérdida peso
Heces con sangre	Sin alteración analítica
Pérdida de peso	
Elevación de RFA	

- Síntomas extradigestivos que puedan orientar hacia etiología
- Características de las heces, volumen (afectación delgado vs. colon), consistencia, productos patológicos (síndromes malabsortivos...).

2. DIARREA

- En nuestro caso:
 - No productos patológicos (no esteatorrea, no sangre, ni moco)
 - 2-3 deposiciones al día
 - Larga evolución
 - Leve alteración analítica (VSG elevada)
 - Puede estar falseados resultados por toma de prednisona
 - No conocemos si afectación estado general, urgencia defecatoria, respeto nocturno...

*Parece algo más **orgánica** que funcional.*



DIARREA CRÓNICA

Clasificación según mecanismo fisiopatológico
(faltan diarrea esteatorreica y motora)

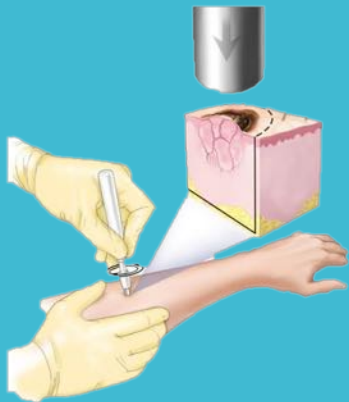
Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de Octubre. 8ª Edición.

Diarrea acuosa	Osmótica	Laxantes osmóticos Malabsorción de carbohidratos Ingestión de carbohidratos poco absorbibles: lactulosa, sorbitol y manitol (chicles sin azúcar), fructosa (frutas y bebidas blandas), fibra (salvado, frutas y vegetales)
	Secretora	<p>Clorhidrorrea congénita</p> <p>Enterotoxinas bacterianas *</p> <p>Malabsorción de ácidos biliares</p> <p>Enfermedad inflamatoria intestinal *</p> <p>Colitis microscópica</p> <p>Vasculitis *</p> <p>Abuso de laxantes estimulantes</p> <p>Fármacos *</p> <p>Alergias alimentarias</p> <p>Envenenamiento por metales pesados</p> <p>Alteraciones de la motilidad (diarrea posvagotomía, diarrea postsimpatectomía, neuropatía autónoma diabética, impactación fecal, incontinencia anal)</p> <p>Causas endocrinológicas (enfermedad de Addison, hipertiroidismo, gastrinoma, vipoma, somatostatina, síndrome carcinoide, mastocitosis)</p> <p>Otros tumores (carcinoma de colon, linfoma, adenoma vellosos) *</p> <p>Diarrea secretora idiopática</p> <p>Amiloidosis</p>
Diarrea inflamatoria		<p>Enfermedad inflamatoria intestinal</p> <p>Infecciones bacterianas o parasitarias invasoras (<i>Shigella</i>, <i>Salmonella</i>, <i>Campylobacter</i>, <i>Yersinia</i>, <i>Clostridium difficile</i>, amebiasis, giardiasis, <i>Strongyloides</i>) *</p> <p>Infecciones víricas ulcerativas (herpes simple, citomegalovirus)</p> <p>Diverticulitis</p> <p>Colitis isquémica</p> <p>Colitis por radiación</p> <p>Neoplasias (cáncer de colon, linfoma) *</p>

* Posibles causas de diarrea crónica que puedan cursar con manifestaciones cutáneas compatibles con las presentadas por el paciente



SIGUIENTES PASOS



COMPLETAR HISTORIA CLÍNICA

- Exposición laboral, viajes al extranjero
- Historia medicamentosa, realización de arteriografía (émbolos colesterol) o de fracturas (embolismo graso)
- Características de cuadro diarreico: funcional vs. orgánico

BIOPSIA CUTÁNEA POR PUNCH: HA DE REALIZARSE DE FORMA PRECOZ

- Permite identificar la vasculitis, vasos afectados, células implicadas...

SISTEMÁTICO Y SEDIMENTO DE ORINA

- Afectación glomerular: ¿Microhematuria? ¿Hematíes dismórficos?
- Proteinuria

ANALÍTICA SANGUÍNEA

- Completar aldolasa, LDH, hormonas tiroideas
- Serologías: virus hepatotropos, VIH, rickettsias, gonococo...
- Autoinmunidad: ANCA's, crioglobulinas, complemento, factor reumatoide, anticuerpos miositis.

MUESTRA DE HECES

- Calprotectina fecal
- Sangre en heces
- Clostridioides
- Coprocultivo y parásitos

OTRAS PRUEBAS SEGÚN SOSPECHA DIAGNÓSTICA

- TC (*neoplasias*), EMG (*miopatías*), orina 24 horas (*afectación renal*), colonoscopia con toma de biopsia (*EII*),...

CONCLUSIÓN



- **VASCULITIS POR HIPERSENSIBILIDAD (LEUCOCITOCCLÁSTICA)**
 - Etiología: el 50% son idiopáticas
 - Aun así necesario descartar otras causas
 - Antecedente de RAM a penicilina
 - Infección intestinal puede desencadenar (diarrea...)
 - Buena evolución con prednisona
 - Recurrencia típico de estos cuadros
 - *¿Schönlein-Henöch?*
- Vasculitis/colagenosis
- *Enfermedad inflamatoria intestinal*

BIBLIOGRAFÍA SELECTA

- Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de Octubre. 8ª Edición.
- Green Book. Grupo Científico DTM. Editorial Marbán. 7ª Edición, 2019.
- Molina Garicano. Diagnóstico diferencial de las púrpuras. 2007.
- Aguado Martínez, B., & Tojeiro Lorente, S. (2003). Púrpura, todo un reto diagnóstico en la consulta de Atención Primaria: a propósito de un caso. *Medifam*, 13(2), 64-67.
- Rodríguez Carballeira. Paciente con púrpura cutánea. *Hospital Mutua de Terrassa Barcelona. Fesemi.org*
- Pérez, A. P., Izquierdo, J. A. A., & Fernández, R. S. (2012). Vasculitis cutáneas: Cutaneous Vasculitis. *Actas Dermo-sifiliográficas*, 103(3), 179-191.
- Sáez, Ó. M., & Bieber, R. M. (2019). Lesiones cutáneas en miembros inferiores. *Atención Primaria Práctica*, 1(2), 26-27.
- J. Pedraz, E. López-Bran, Protocolo diagnóstico de los exantemas cutáneos eritematopurpúricos, *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, Volume 12, Issue 48, 2018, Pages 2872-2876
- Aguado Martínez, B., & Tojeiro Lorente, S. (2003). Púrpura, todo un reto diagnóstico en la consulta de Atención Primaria: a propósito de un caso. *Medifam*, 13(2), 64-67.
- Pedraz, J., & López-Bran, E. (2018). Protocolo diagnóstico de los exantemas cutáneos eritematopurpúricos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(48), 2872-2876.

EXPLICACION

Sesion Clínica Medicina interna CAULE

I-6-22



Luis Quiroga Prado
Internista

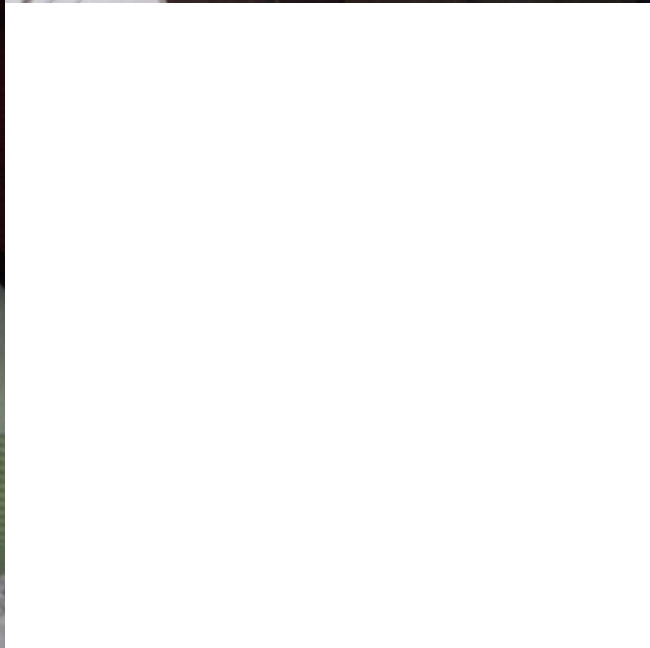
CASO CLÍNICO

- Varón de 27 años. **erupción cutánea** en MMII + **Diarrea** de 8 meses de evolución :
- Desde hace 2 meses, **erupciones** en forma de **brotos** en MMII, **que mejoran** con tratamiento esteroideo (**Prednisona**), volviendo a reaparecer al suspender dicha medicación
- En la anamnesis dirigida refiere **desde hace 8 meses, diarrea continuada** con **2-3 deposiciones blandas/líquidas**, sin sangre ni moco
- **A.P:**
 - No fumador. Bebedor de fin de semana. **RAM** (exantema) con **penicilina** en la infancia. Vacunado en la infancia. No enfermedades crónicas

E.F:

- Buen estado general.TA 120/60.
- C y C sin particularidades
- ACP normal
- Abdomen blando, depresible, no doloroso, no masas ni visceromegalias, RHA presentes
- Extremidades sin tumefacción articular
- Piel con **lesiones maculopapulares** confluentes de distribución en MMII





- **ANALÍTICA:**
 - Hemograma y coagulación normales
 - **VSG 19**, PCR 3
 - Glucosa, función renal y perfil lipídico normales
 - **GOT 120, GPT 42, B.Total 1.3**, F.Alcalina 213 U/L
 - Proteinograma normal

- **Rx TÓRAX:** normal

- **ECG:** Ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización

RESUMIENDO...

- Hombre joven
- 8 meses con diarrea
 - 2/3 deposiciones
 - Líquidas y blandas
- 2 meses erupción maculopapulosa
 - Respuesta a la prednisona
- Alteraciones analíticas...

8 meses con diarrea...

- **DIARREA CRÓNICA:**
 - Enf. del A. digestivo:
 - EII (CM, EC, CU)
 - Síndromes de malabsorción
 - Diverticulitis
 - Neoplasias (colon, linfoma, adenoma vellosos)
 - Enf infecciosas (bacterias, virus, parásitos)
 - Laxantes, fármacos o tóxicos
 - Enf autoinmunes, sistémicas, colagenosis
 - Enf endocrinológicas:
 - HT, DM, Adisson, Gastrinoma, VIPoma, mastocitosis,...
 - Síndrome carcinoide

2 meses con eritema...

- Maculopapuloso
 - Maculares; pigmentación
 - Papulosas; palpables
 - Fijo vitropresión
- Mejora con corticoides y reaparece sin ello



Vasculitis
leucocitoclástica

Más pruebas???

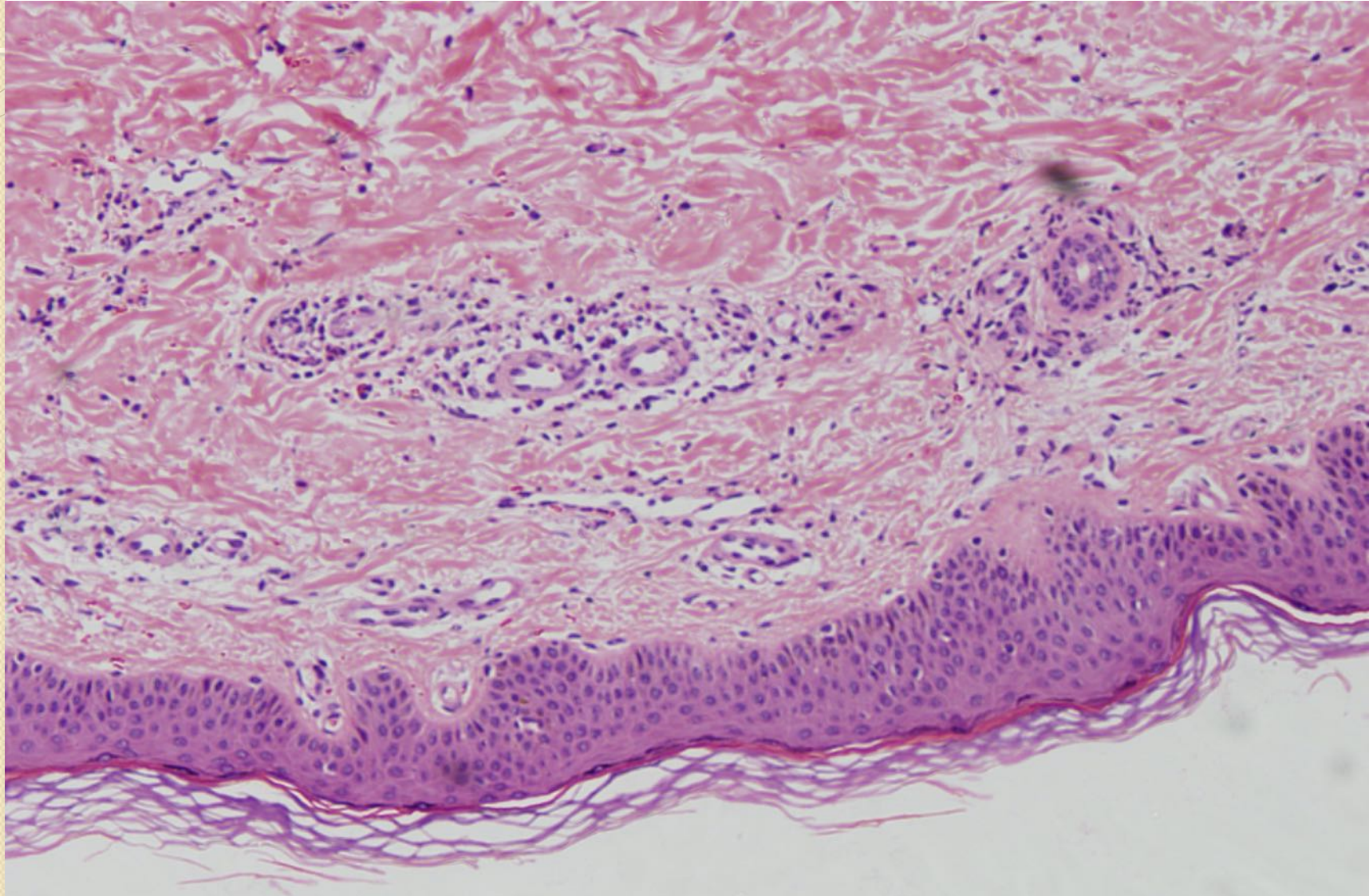
- Analítica

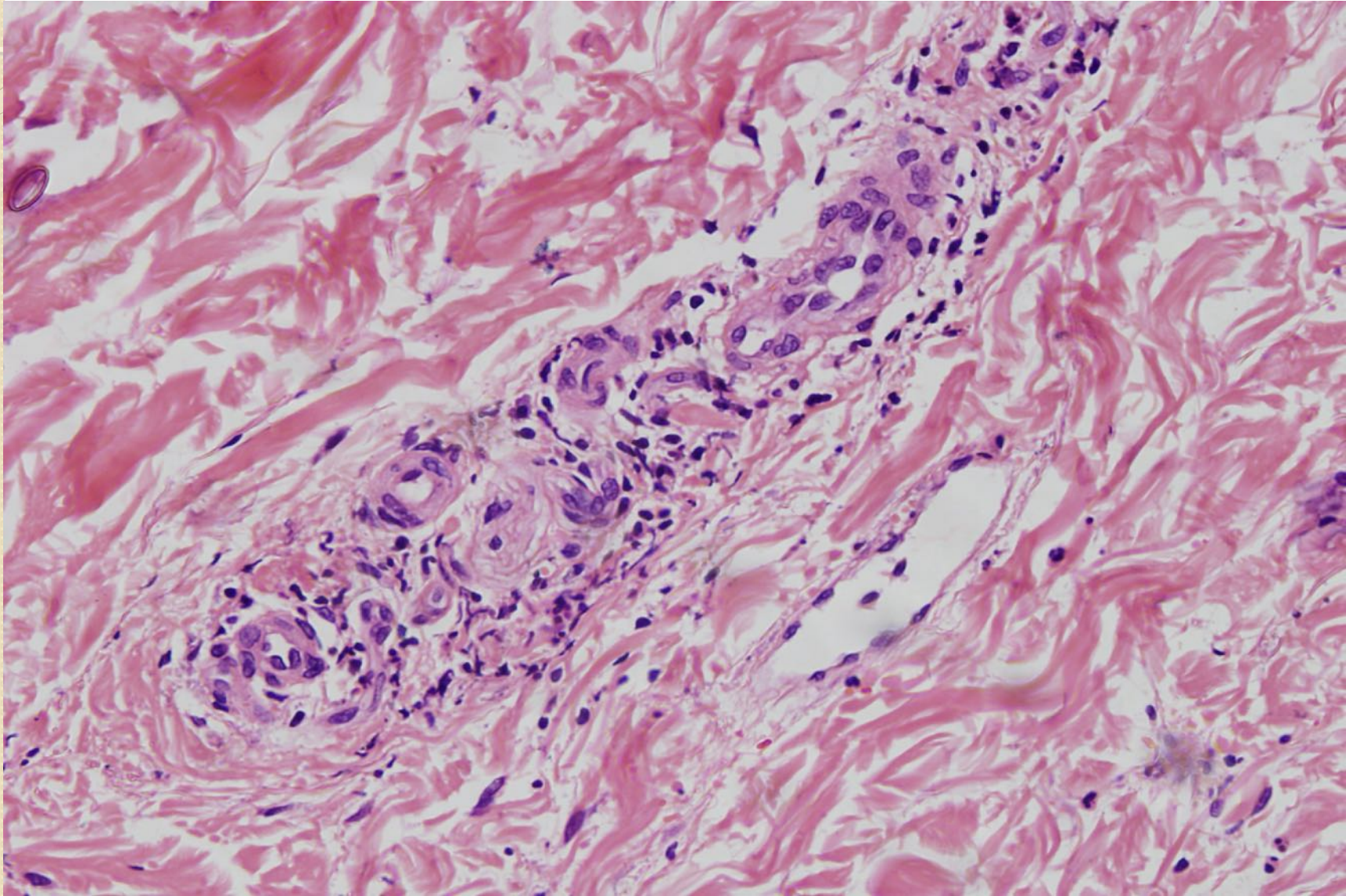
- Iones
- Perfil férrico
- Complemento
- Crioaglutininas
- Serología Parvovirus B19 IgG+ IgM -
- Serología virus C negativo y virus B HBsAc +
- Marcadores de autoinmunidad
 - ANA, ADNA,ANCA: negativos
- SSO: normales
- Coprocultivo: negativo

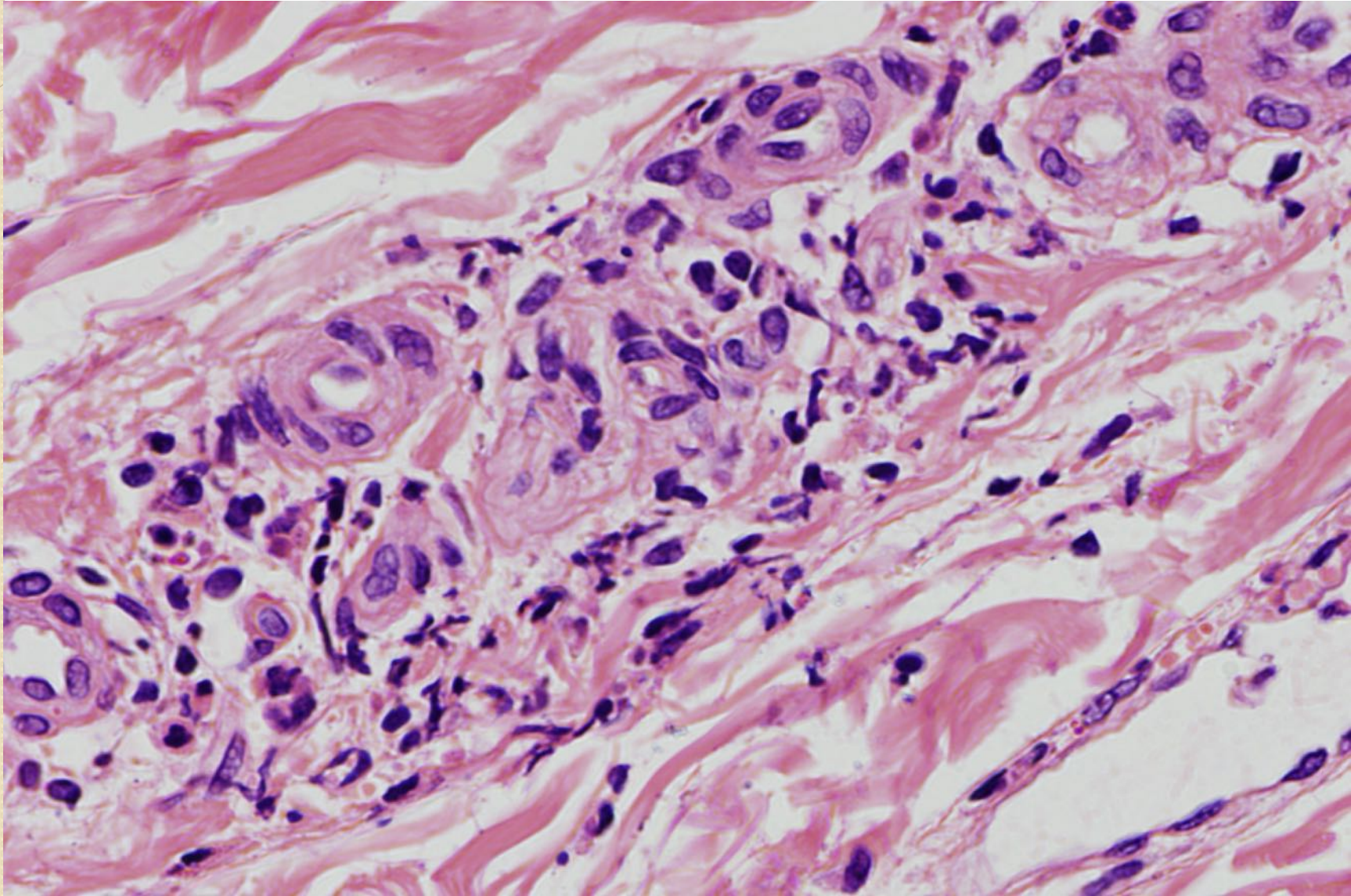


NORMALES

BIOPSIA CUTÁNEA:







The background of the slide is a histological micrograph showing leukocytoclastic vasculitis. It features a dense infiltrate of neutrophils with multi-lobed nuclei and eosinophilic cytoplasm, some of which are undergoing degeneration (leukocytoclasia). The infiltrate is centered around a small blood vessel, with some red blood cells visible within the vessel lumen. The surrounding tissue shows a pinkish, fibrous appearance.

FASE INICIAL DE

**VASCULITIS
LEUCOCITOCCLÁSTICA**

- COLONOSCOPIA:

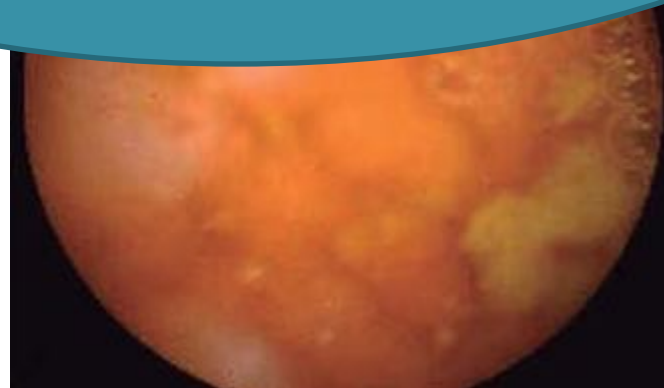
- Desde ampolla rectal hasta ángulo hepático **mucosa congestiva y edematosa** con **erosiones** y **úlceras** que **se biopsian** siendo normales el ciego y el colon ascendente



A la espera del resultado de la biopsia...

COLITIS ULCEROSA

- En ileon terminal
hiperplasia nodular
linfoide



- **BIOPSIA DE COLON:**
 - Mucosa de colon con lesiones altamente sugestivas de Enfermedad Inflamatoria Intestinal tipo **COLITIS ULCEROSA** con actividad moderada. Negativo para displasia

**VASCULITIS
LEUCOCITOCCLÁSTICA
ASOCIADA A
COLITIS ULCEROSA**

CU y ALT. DERMATOLÓGICAS



>15% d los pacientes

EXTRAIESTINAL MANIFESTATIONS

Up to one-third of IBD patients have at least one extraintestinal disease manifestation.

Dermatologic

Erythema nodosum (EN) occurs in up to 15% of CD patients and 10% of UC patients. Attacks usually correlate with bowel activity; skin lesions develop at the onset of bowel symptoms, and patients frequently have concomitant active peripheral arthritis. The lesions of EN are hot, red, tender nodules measuring 1-2 cm in diameter and are found on the anterior surface of the lower legs, ankles, calves, thighs, and arms. Therapy is directed toward the underlying bowel disease.

Pyoderma gangrenosum (PG) is seen in 1-12% of UC patients and less commonly in Crohn's colitis. Although it usually presents after the diagnosis of IBD, it may occur years before the onset of bowel symptoms, run a course independent of the bowel disease, respond poorly to colectomy, and even develop after proctocolectomy. It is usually associated with severe disease. Lesions are commonly found on the dorsal surface of the feet and legs but may also occur on the arms, chest, stoma, and even the face. PG usually begins as a pustule and then spreads concentrically to rapidly undermine healthy skin. Lesions are characterized by violaceous edges surrounded by a margin of erythema. Centrally, they contain necrotic tissue with blood and exudates. Lesions may be single or multiple and grow as large as 30 cm. They are sometimes very difficult to treat and often require intravenous (IV) antibiotics, intravenous glucocorticoids, dapsone, azathioprine, thalidomide, IV cyclosporine, or infliximab.

Other dermatologic manifestations include pyoderma vegetans, which occurs in intertriginous areas; pyostomatitis vegetans, which involves the mucous membranes; Sweet's syndrome, a neutrophilic dermatosis; and metastatic CD, a rare disorder defined by cutaneous granuloma formation. Psoriasis affects 5-10% of patients with IBD and is unrelated to bowel activity consistent with the potential shared immunogenetic basis of these diseases. Perianal skin tags are found in 75-80% of patients with CD, especially those with colon involvement. Oral mucosal lesions, seen often in CD and rarely in UC, include aphthous stomatitis and "cobblestone" lesions of the buccal mucosa.

Otras :

- livedo reticularis
- Poliarteritis nodosa
- Vasculitis necrotizante
- Ulceras vasculares



VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA

«Inflamacion neutrofila de venulas postcapilares»

- **Patogenia: respuesta inmune inespecifica a depositos de IC**
 - Drogas: V hipersensibilidad
 - Infecciones: v secundarias
 - Tumores
 - Enf autoinmunes
 - Crioglobulinemia
 - Schölein Henoch
- **Clinica**
 - Local: exantema no depresible
 - General: fiebre, astenia, mialgias, artralgias, etc

D° diferencial
con:

1) Trombopenia

2) CID

3) Escorbuto

: Asociación CU - VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA

Muy pocos casos: observaciones clinicas

- Tipo asociación:
 - Sincronica (+ frecuente)
 - Preclinica (1-24 meses)
 - Posclinica (+ raro)
- Patogenia desconocida: causa/efecto IC desde o hacia organos afectados
- Tratamiento:
 - Esteroides
 - Dapsona
 - Colchicina
 - Inmunosupresores
 - AINES: 5-ASA, Sulfasalazina

EVOLUCIÓN:

- Favorable
- Esteroides 0,5 mg/kg en pauta descendente hasta que mejoraron las lesiones y se tuvo la sospecha de CU tras la colonoscopia
- Mesalazina 3g/día:
 - normalización las deposiciones y
 - el ritmo intestinal y
 - desaparición de las lesiones cutáneas tras 1 año de tratamiento.
- Las lesiones cutáneas no volvieron a presentarse

....en conclusion

- Caso anecdótico
- Recordar ->
 - vasculitis, causas y DD^o

GRACIAS