

Vasculitis Leucocitoclástica secundaria a la infección del virus Chikungunya. Reporte de 2 casos

Leukocytoclastic vasculitis secondary to Chikungunya virus infection. Report of 2 cases

^aGisselle Meza¹ , ^bJessica Gill¹ , ^cNathalia Agüero¹ , ^dLuis Celias¹ , ^eVania Diez Pérez¹ 

¹ Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Dermatología. Asunción, Paraguay

RESUMEN

Se define la vasculitis leucocitoclástica como un proceso clínico patológico caracterizado por inflamación y necrosis de los vasos sanguíneos. La etiología es variable, entre las cuales se encuentran infecciones, enfermedades del tejido conectivo, discrasias sanguíneas, neoplasias y fármacos.

La enfermedad por virus Chikungunya ha presentado un aumento considerable de casos en el Paraguay en el último año; en tal sentido se presentan dos casos de pacientes con infección por virus Chikungunya que presentaron lesiones compatibles con vasculitis leucocitoclástica.

Palabras claves: vasculitis, virus Chikungunya, infecciones por vasculitis leucocitoclástica cutánea.

ABSTRACT

Leukocytoclastic vasculitis is a clinical-pathological condition characterized by inflammation and necrosis of blood vessels. Its etiology is diverse, encompassing infections, connective tissue diseases, hematological disorders, neoplasms, and medications.

Over the past year, Paraguay has witnessed a substantial rise in Chikungunya virus cases. Consequently, this article presents two cases of patients infected with the Chikungunya virus who exhibited lesions consistent with leukocytoclastic vasculitis.

Keywords: vasculitis, Chikungunya virus, cutaneous leukocytoclastic vasculitis infections.

^a Residente de primer año

^b Residente de tercer año

^c Residente de segundo año

^d Médico de planta del Servicio de Anatomía Patológica

^e Jefa de Servicio de Dermatología

Autor correspondiente:

Dra. Gisselle Elizabeth Meza Torres

Email: elizabeth17gemt@gmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

INTRODUCCIÓN

Las vasculitis cutáneas son procesos inflamatorios localizados a nivel de la pared de los vasos sanguíneos de la piel¹. La vasculitis leucocitoclástica es la causa más frecuente de vasculitis cutánea². Se manifiesta como púrpura palpable que predomina en las extremidades inferiores y en sitios de traumatismos, por lo general son asintomáticos, aunque puede haber dolor o prurito³.

La patogenia está dada por depósitos de inmunocomplejos en las paredes de vasos sanguíneos junto con la activación del sistema de complemento. La etiología es variable, entre las principales causas se encuentran enfermedades relacionadas con el tejido conjuntivo, enfermedades malignas como procesos linfoproliferativos, fármacos e infecciones⁴.

La infección por virus Chikungunya, del género de los *Alfavirus* y familia *Togaviridae*, es una enfermedad transmitida por mosquitos del género *Aedes Aegypti*, descrita por primera vez en el año 1952 durante un brote en el sur de Tanzania⁵. En Paraguay se confirmó la circulación en enero de 2015 y los casos han experimentado un ascenso importante desde octubre del 2022⁶. Aunque la manifestación cutánea más común es el exantema maculopapular se han visto presentaciones cutáneas atípicas de la infección que dependen de los efectos directos del virus, la respuesta inmunológica de los pacientes y toxicidad de los medicamentos⁷.

Se presenta 2 casos de vasculitis leucocitoclástica secundarias a la infección por virus Chikungunya.

CASO CLINICO 1

Paciente de sexo masculino, de 70 años de edad, con antecedentes patológicos personales de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial, en tratamiento regular con enalapril y metformina; acudió a consulta con historia de

dolor articular de 1 semana de evolución, localizado en tobillos, muñecas y falanges, de inicio insidioso, carácter punzante, intensidad severa, acompañado de tumefacción e importante limitación de la movilidad articular, fiebre intermitente graduada hasta 38,5° C de 5 días de evolución y obnubilación de 24 horas de evolución.

A su ingreso se solicitó exámenes complementarios, constatándose hemograma con neutrofilia (GB: 9400 N:86%), leve aumento de enzimas hepáticas (GOT: 62 y GPT: 59) y PCR positiva para virus Chikungunya en líquido cefalorraquídeo. Panel viral y bacteriológico para otros virus y bacterias en sangre y líquido cefalorraquídeo, perfil colagénico y marcadores tumorales negativos.

En su día 12 de enfermedad (cuarto día de internación), al examen físico dermatológico presentó placas eritematovioláceas, localizadas en el dorso de ambos pies, algunas de aspecto necrótico, de bordes irregulares, límites poco netos, no pruriginosas y no dolorosas. (Figura 1)



Figura 1.
Lesiones eritematovioláceas en dorso de pie derecho

Se realizó biopsia cutánea de las lesiones constatándose epidermis con focos de espongiosis e hiperqueratosis, dermis papilar y reticular con capilares dilatados con infiltración neutrofílica a su alrededor acompañado de eritrocitos extravasados y escaso polvillo nuclear. (Figura 2)

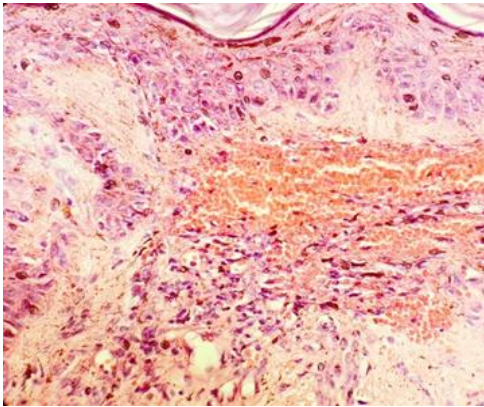


Figura 2.
Tinción con hematoxilina y eosina

Ante dichos hallazgos clínicos, laboratoriales y anatomopatológicos se establecieron los diagnósticos de encefalitis por virus Chikungunya y vasculitis leucocitoclástica secundaria a la infección por dicho virus. Se inició corticoides sistémicos (bolos de metilprednisolona 1gr endovenoso cada 24 horas por 5 días, indicándose posteriormente prednisona 50 mg/día vía oral con esquema de dosis en descenso durante 4 semanas) con recuperación neurológica del paciente y aclaramiento total de sus lesiones.

CASO CLINICO 2

Paciente femenina, de 68 años, conocida hipertensa, medicada regularmente con losartán 50mg/día, acudió a consulta con historia de dolor articular, de 48 horas de evolución, de inicio insidioso, localizado en rodillas, tobillos, muñecas y falanges de manos y pies, intensidad moderada a severa, acompañado de fiebre remitente graduada hasta 39°C.

Se solicitó exámenes complementarios, retornando hemograma con neutrofilia (GB: 6600 N: 88%), aumento de aminotransferasas (GOT: 98 y GPT: 59) y PCR en sangre positiva para virus Chikungunya, indicándose tratamiento ambulatorio con paracetamol vía oral.

En su día 7 de enfermedad presentó placas eritematovioláceas localizadas en el dorso de pies y tercio distal de ambas piernas, algunas de aspecto necrótico, de bordes irregulares, bien nítidos, dolorosas, por lo que se decidió su internación. (Figura 3 y 4)



Figura 3.
Placas eritematovioláceas en dorso de pie izquierdo.



Figura 4.
Lesiones en cara lateral de pie, tobillo y tercio proximal de pierna derecha.

Se solicitó perfil colagénico, neoplásico y otras serologías virales, retornando negativos. Se realizó biopsia de piel para estudio anatomopatológico constatándose epidermis con leve acantosis de las crestas interpapilares e hiperqueratosis ortoqueratótica; en la dermis papilar, edema con numerosos neutrófilos; en la dermis subpapilar y reticular, vasos capilares dilatados con necrosis fibrinoide de sus paredes. (Figura 5)

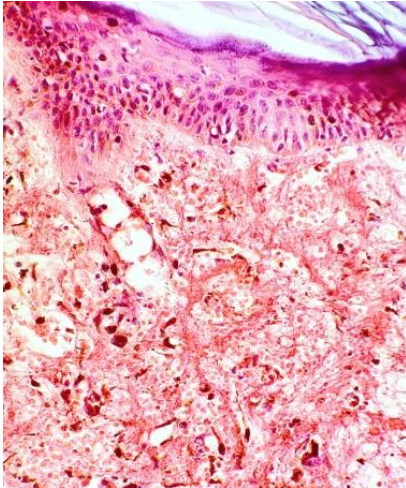


Figura 5.
Tinción con hematoxilina y eosina

Ante dichos hallazgos se estableció el diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica secundaria a la infección por virus Chikungunya.

El tratamiento instaurado consistió en la administración de corticoides sistémicos (prednisona 50 mg/día vía oral con esquema de dosis en descenso durante 4 semanas) con aclaramiento total de las lesiones.

DISCUSIÓN

La vasculitis leucocitoclástica es la vasculitis cutánea más frecuente². Su etiología es variable, entre las cuales se encuentran ciertas infecciones. Se estima que la principal causa del daño de los vasos sanguíneos es la precipitación de inmunocomplejos circulantes a lo largo de la pared, aunque se ha determinado que la

infección de células endoteliales forma parte del proceso inflamatorio⁴.

El diagnóstico clínico se confirma histopatológicamente mediante una biopsia de piel, siendo éste el gold estándar de diagnóstico⁸. La histopatología se caracteriza por la infiltración de células polimorfonucleares, cariorrexis de su núcleo y daño de las paredes de los vasos sanguíneos con compromiso de su luz y extravasación de eritrocitos⁹.

Su tratamiento se basa en la terapia local, modulación de los mecanismos inmunopatógenos y supresión de la respuesta inflamatoria responsable¹⁰.

No existen reportes anteriores de vasculitis leucocitoclástica secundaria al virus Chikungunya. Sin embargo, en los casos clínicos presentados se encontraron como únicos datos positivos de infección, el virus Chikungunya, descartando así también las demás etiologías no infecciosas, por lo que resulta a priori considerar esta causa cuando la historia clínica del paciente lo amerite y se descarten otras posibles etiologías infecciosas, neoplásicas, farmacológicas y reumatológicas de la enfermedad.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica es esencial para la instauración de un óptimo tratamiento de las lesiones cutáneas y evitar posibles complicaciones, su diagnóstico constituye un reto debido a la heterogenicidad de sus causas. Considerando que las infecciones son una etiología frecuente de esta patología, la infección por virus Chikungunya debe ser una etiología a considerar en los pacientes cuya clínica y contexto epidemiológico sea sugerente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín Guerra JM, Moreta Rodríguez M. Contestación a las consideraciones realizadas al manuscrito «Vasculitis leucocitoclástica secundaria a vacunación frente a SARS-CoV-2». *Medicina de Familia SEMERGEN*. noviembre de 2022;48(8):101830.
2. Abdelmaksoud A, Wollina U, Temiz SA, Hasan A. SARS CoV2 vaccination induced cutaneous vasculitis: Report of two new cases and literature review. *Dermatologic Therapy [Internet]*. junio de 2022 [citado 28 de septiembre de 2023];35(6). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.15458>
3. Fraticelli P, Benfaremo D, Gabrielli A. Diagnosis and management of leukocytoclastic vasculitis. *Intern Emerg Med*. junio de 2021;16(4):831-41.
4. Shavit E, Alavi A, Sibbald RG. Vasculitis—What Do We Have to Know? A Review of Literature. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*. diciembre de 2018;17(4):218-26.
5. Vairo F, Haider N, Kock R, Ntoumi F, Ippolito G, Zumla A. Chikungunya. *Infectious Disease Clinics of North America*. diciembre de 2019;33(4):1003-25.
6. Torales M, Beeson A, Grau L, Galeano M, Ojeda A, Martinez B, et al. *Notes from the Field: Chikungunya Outbreak - Paraguay, 2022–2023*. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 9 de junio de 2023;72(23):636-8.
7. Bartholomeeusen K, Daniel M, LaBeaud DA, Gasque P, Peeling RW, Stephenson KE, et al. Chikungunya fever. *Nat Rev Dis Primers*. 6 de abril de 2023;9(1):17
8. Hernández-López A, Paniagua MU, Cortés C, Rodríguez AR. Vasculitis leucocitoclástica (vasculitis por hipersensibilidad). *Med Int Mex*. 2019 Mar-Apr;35(2):251-267. Available from: <https://doi.org/10.24245/mim.v35i2.2351>
9. Albuquerque da Costa L, Feitosa E, Bezerra Araújo EM, Yamashita M, Cabral J, Leite de Sousa P. Dengue associated with severe cutaneous leukocytoclastic vasculitis and pericardial effusion: a case report. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2020; 62:e101. Doi: 10.1590/S1678.10. Skroza N, Bernardini N, Balduzzi V, Mambrin A, Marchesiello A, Michelini S, et al. A late onset widespread skin rash in a previous Covid-19 infected patient: Viral or multidrug effect? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020; 34(9):e438–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7276891/> [PMC free article] [PubMed]