

Vasculitis de Schönlein-Henoch Asociada a Consumo de Pasta Base de Cocaína: Reporte de un Caso Clínico

Alejandro Badilla P.
Depto. de Reumatología,
Hospital San Juan de Dios

RESUMEN

Paciente de sexo masculino, de 38 años de edad, previamente sano, que consultó por un cuadro súbito de púrpura palpable de glúteos y extremidades inferiores, edema, poliartritis, intenso dolor abdominal tipo cólico y un episodio de rectorragia.

Se realizó estudio de laboratorio básico y biopsias de piel que fue compatible con una vasculitis leucocitoclástica. Sin mediar tratamiento, el cuadro cedió espontáneamente a las tres semanas, y el paciente reconoció haber fumado por primera vez pasta base de cocaína los días previos al inicio de los síntomas.

PALABRAS CLAVES: Cocaína, vasculitis.

Introducción

Se han descrito numerosas complicaciones médicas después del abuso de cocaína, que han afectado especialmente a personas jóvenes. Entre ellas, las más dramáticas sin duda son las del sistema nervioso central (1, 2) y las cardíacas (3, 4). Se han reportado también varios efectos en el sistema respiratorio, y en un caso se estableció relación con una vasculitis de tipo Churg-Strauss (5). También se ha asociado con vasculopatía periférica (6, 7), necrosis del tabique nasal que simula un Wegener (8) e incluso se ha vinculado fisiopatológicamente a la enfermedad de Buerger (9).

Existen pocos casos de compromiso multiorgánico, y el más grave ha sido la comunicación de una panarteritis de curso agresivo en que

debió utilizarse inmunosupresión enérgica (10); otros dos se resolvieron espontáneamente, sin tratamiento, uno de los cuales cumplía criterios para Schönlein-Henoch (11).

Caso Clínico

Paciente de sexo masculino, 38 años, sin antecedentes mórbidos de importancia, que tras fumar pasta base de cocaína por primera vez los días previos al ingreso nota aparición de púrpura en extremidades inferiores y glúteos.

A los dos días de iniciado el cuadro se agregan edema simétrico de extremidades inferiores hasta las rodillas y aumento de volumen y temperatura de tobillos, rodillas y muñecas con gran impotencia funcional.

Al completar una semana de evolución se agrega intenso dolor abdominal de tipo cólico que lo lleva a consultar a un servicio de urgencia, constatándose rectorragia, por lo que queda en observación durante veinticuatro horas y al ceder

Correspondencia a:

Dr. Alejandro Badilla P.
Depto. de Reumatología Hospital San Juan de Dios
Huérfanos 3255, Santiago
E-Mail:rbadilla@rdc.cl

espontáneamente el cuadro se da de alta con indicación de estudio ambulatorio.

A los quince días de evolución consulta en Reumatología; se encuentra paciente en regular estado general, hemodinámicamente estable, afebril, con gran dificultad en la deambulaci3n por dolor y edema de piernas y pies, sin adenopatías ni visceromegalia. Se constata púrpura palpable que compromete extremidades inferiores hasta glúteos y además sinovitis de ambas rodillas, tobillos y muñecas.

A partir de la tercera semana el cuadro comienza a desaparecer sin mediar tratamiento, resolviéndose completamente al cabo de un mes, sin dejar secuelas.

En los exámenes de laboratorio destacan:

Hemograma:

Hematocrito de 41%;

Leucocitos 11.300 x mm³ Eos 6-S 60-L 30-

Mono 4;

Plaquetas: 870.000 x mm³

VHS de 18 mm/hr.

Orina:

En muestra aislada se detectaron transitoriamente indicios de proteínas, cilindros hialinos (+) y epiteliales (+).

Los demás exámenes practicados:

glicemia, pruebas hepáticas, creatinina, VIH, VHB, VHC, ANA, FR, Criocrito, VDRL, ANCA (P y C), Rx t3rax y ecografía abdominal, resultaron todos en rangos normales.

Biopsia de piel: piel con necrosis fibrinoide en la pared de vasos de peque1o calibre, asociada a leucocitoclasia, hemorragia e infiltrado inflamatorio que contiene linfocitos, neutr3filos y eosin3filos. Compatible con vasculitis leucocitoclástica (Figura 1).

Comentario

El caso presentado aqu3 cumple criterios definidos para púrpura de Schönlein-Henoch (12). Esta vasculitis puede presentarse sin mediar agente causal o ser gatillada entre otras por infecciones respiratorias altas, que en este caso no fueron referidas por el paciente. Sin embargo, sí se pudo establecer una clara relaci3n temporal con el consumo de cocaína que el mismo paciente, por te-

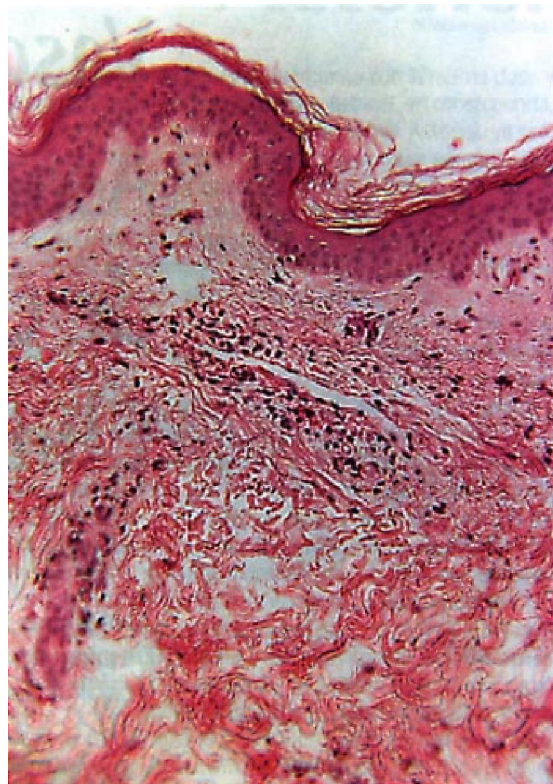


Figura 1. Corte histol3gico que muestra las diferentes capas de la piel desde el estrato c3rneo. Destaca un vaso de peque1o calibre rodeado de extenso infiltrado inflamatorio en disposici3n longitudinal. (Biopsia por punci3n, H.E aumento 40 x)

mor, sugiri3 tardíamente en la evoluci3n de la enfermedad y que no se repite en abstinencia ya de seis meses.

A diferencia de un reporte previo de autores franceses (11), en este caso no se pesquisaron alteraciones renales persistentes, pero sí digestivas y una presencia más destacada de artritis. Como etiopatogénia, se ha sugerido en estos casos una respuesta humoral exagerada a antígenos que penetrarían a través de superficies mucosas (11).

Este es el segundo caso reportado en la literatura de púrpura de Schönlein-Henoch inducido por cocaína en un paciente adulto. Es probable que su frecuencia esté subestimada por el temor de los pacientes de reconocer su consumo y el desconocimiento del médico del rol gatillante que podría tener la cocaína en la aparici3n de esta vasculitis. En todo paciente que presenta este tipo de patolog3a, especialmente jóvenes y adultos en

riesgo de drogas, debería considerarse esta posibilidad dentro de los factores etiológicos corregibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Brust JC. Vasculitis owing to substance abuse. *Neurol Clin* 1997; 15(4):945-57.
 2. Martin K, Rogers T, Kavanaugh A. Central nervous system angiopathy associated with cocaine abuse. *J Rheumatol* 1995; 22(4):780-2.
 3. Cregler LL y Mark H. Medical complications of cocaine abuse. *N Engl J Med* 1986; 315:1495-1500.
 4. Moliterno DJ y Willard JE. Coronary artery vasoconstriction induced by cocaine, cigarette smoking or both. *N Engl J Med* 1994; 330:454-459.
 5. Orriols R, Muñoz X, Ferrer J. Cocaine-induced Churg-Strauss vasculitis. *Eur Respir J* 1996; 9:175-177.
 6. Kumar PD y Smith HR. Cocaine-related vasculitis causing upper-limb peripheral vascular disease. *Ann Intern Med* 2000; 133(11):923-924.
 7. Lisse JR y Davis CP. Cocaine abuse and deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 1989; 110(7):571-2.
 8. Armstrong M y Shikani AH. Nasal septal necrosis mimicking Wegener's granulomatosis in a cocaine abuser. *Ear Nose Throat J* 1996; 75(9):623-6.
 9. Marder V y Mellinshoff I. Cocaine and Buerger disease. Is there a pathogenetic association? *Arch Intern Med* 2000; 160:2057-2060.
 10. Möckel M, Kampf D, Lobeck H. Severe panarteritis associated with drug abuse. *Intensive Care Med* 1999; 25:113-117.
 11. Chevalier X y Rostoker G. Schönlein-Henoch purpura with necrotizing vasculitis after cocaine snorting. *Clinical Nephrology* 1995; 43(5):348-349.
 12. Mills JA y Michel BA. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Henoch-Schönlein purpura. *Arthritis Rheum* 1990; 33:1114-21.
-