



Vinyeta clínica

Dra. Núria del Castillo i Piñol
Resident 4t any de Reumatologia

Dr. Xavier Juanola i Roura
Cap de secció de Reumatologia

Hospital Universitari de Bellvitge



Cas clínic (I)

Home de 51 anys, consulta a urgències per col·loració lilosa espontània a ambdós pavellons auriculars < 72h durada.

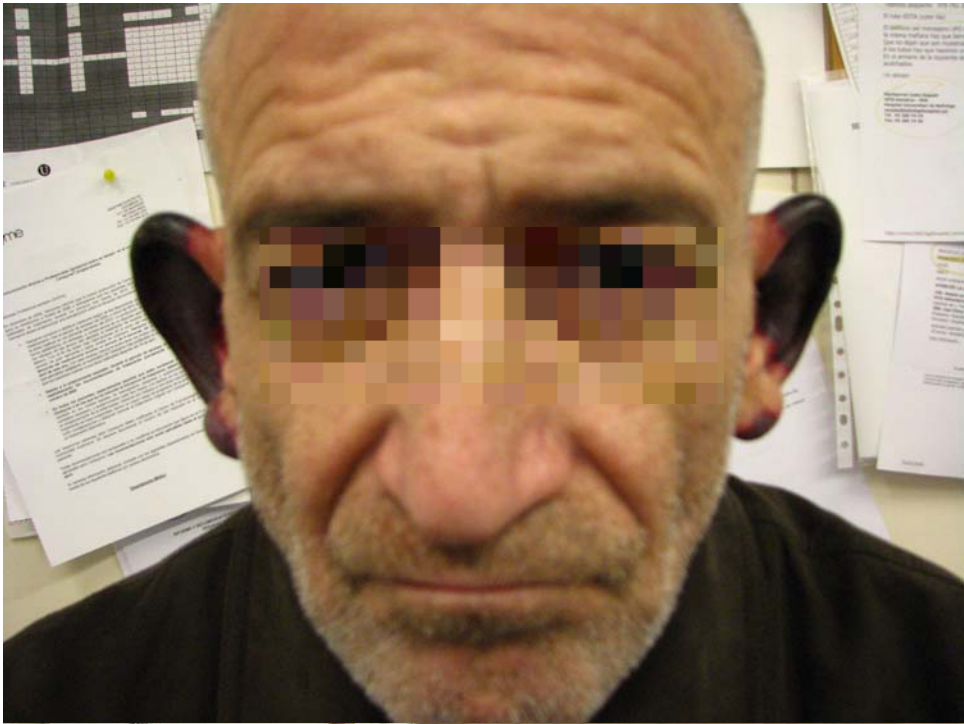
Antecedents patològics:

- No AMC
- Tabac 1.5paq/dia, enolisme ocasional, nega altres hàbits tòxics
- No altres antecedent medicoquirúrgics d'interès

Cas clínic (II)

Característiques de les lesions:

- Inici eritematós i progressió a coloració violàcia/negra
- Ben delimitades, simètriques, sense seguir cap territori vascular concret
- < 72h d'evolució
- Pruriginoses, i molt doloroses al tacte
- Sense relació amb la temperatura
- Episodi similar de 72h de duració 1 setmana abans, autolimitat



Cas clínic (III)

Exploració física

- BEG, molt neguitós, TA 115/76, FC 80x', pes 71kg (IMC 23)
- Exploració cardíaca, respiratòria, abdominal i neurològica sense alteracions.
- Adenopatia laterocervical esquerra <1cm de diàmetre, mòbil, no dolorosa, de consistència elàstica.
- Polsos perifèrics presents i simètrics, polsos pedis dèbils. No lesions acres fora l'alteració a pavellons auriculars. No fenomen de Raynaud.
- Exploració d'orofaringe normal, no dolor a la pressió de mastoides, signe de tragus negatiu bilateral

Cas clínic (IV)

Exploracions complementàries:

Analítica: VSG 51mm/h; PCR: 25mg/L

- Hemograma: Hb 11.5g/dL, Hto 32.8%, VCM 83fL, plaq 509000, leuc 4600 (fórmula N)
- Bioquímica: funció renal i hepàtica N, glucosa N, ECA N, CK N, colesterol N, hormones tiroïdals N, cobalamines i folats N.
- Proteinograma: sense banda (albúmina 48.9%, α 1 6.3%, α 2 14.2%, b 13.2%, g 17.4%)
- Perfil d'immunoglobulines sèriques sense alteracions destacables.
- Coagulació: rTP i rTTPA N, fibrinogen 7.1g/L, anticardiolipina (-), antiB2glicoprot (-), anticoag lúpic (-), antitrombina (-), absència de mutacions dels factors II i V de coagulació.
- Immunologia: FR (-), complement N, crioglobulines (-), ANA 1/40 espiculat, ENA (-), antiMPO (-), antiPR3 (+) 27.52 (VN<7)
- Orina: sediment 8 eritròcits/camp, resta (-), proteinúria 0.32g/dia

Cas clínic (V)

Serologies: VHB, VHC, HIV, lues negatives

Tòxics en orina: cannabinoides, amfetamines, cocaïna i metabòlits, metadona i opiacis, tot (-)

Rx tòrax: N

TAC tòrax: probable feocromocitoma adrenal dret de 4cm, adenoma suprarenal esquerre de 15mm.

Ecografia abdominal: N

Excreció en orina de 24h de: A+NA 780nmol/d (N 116-699), 3MA+3MNA N, 4-OH-3-metoximandelat N.

Biòpsia: necrosi parcial de l'epidermis i dermis, amb presència de material d'aspecte fibrinohemàtic en vasos dèrmics; sense evidència de fenòmens vasculítics; compatible amb malaltia oclusiva vascular.



Cas clínic (VI)

Diagnòstic diferencial

- **Policondritis recidivant** → afectava també a lòbul, no era fenomen inflamatori sinó isquèmic
- **Crioglobulinèmia** → crioglobulines (-)
- **Situacions protrombòtiques** → anticardiolipina (-), antiB2glicoprot (-), anticoag lúpic (-), antitrombina (-), absència de mutacions dels factors II i V de coagulació.
- **Possible vasculitis ANCA +** → Biòpsia no compatible, no altres manifestacions clíniques.
- **Tòxics (??)**



Cas clínic (I)

Home de 51 anys, consulta a urgències per col·loració lilosa espontània a ambdós pavellons auriculars < 72h durada.

Antecedents patològics:

- No AMC
- Tabac 1.5paq/dia, enolisme ocasional
- **Consum de cocaïna de cap de setmana**
- No altres antecedent medicoquirúrgics d'interès

Cas clínic (VII)

Orientació diagnòstica:

Isquèmia secundària a tòxics (cocaïna)



Cas clínic (VIII)

Tractament:

- Durant l'ingrés:
 - Corticoids a dosis 30mg/dia
 - Prostaglandines ev
- A l'alta a domicili:
 - AAS 100mg: 1 comprimit al dia
 - Adalat oros: 1 comprimit al dia

Cas clínic (IX)

Evolució:

- Bona resposta al tractament amb prostaglandines ev, amb limitació de les lesions a l'hèlix del pavelló auricular
- El pacient no acut a Consultes Externes sense poder-se valorar evolució final ni completar diagnòstic (nova determinació ANCA, hematúria, proteinúria, massa suprarenal dreta).



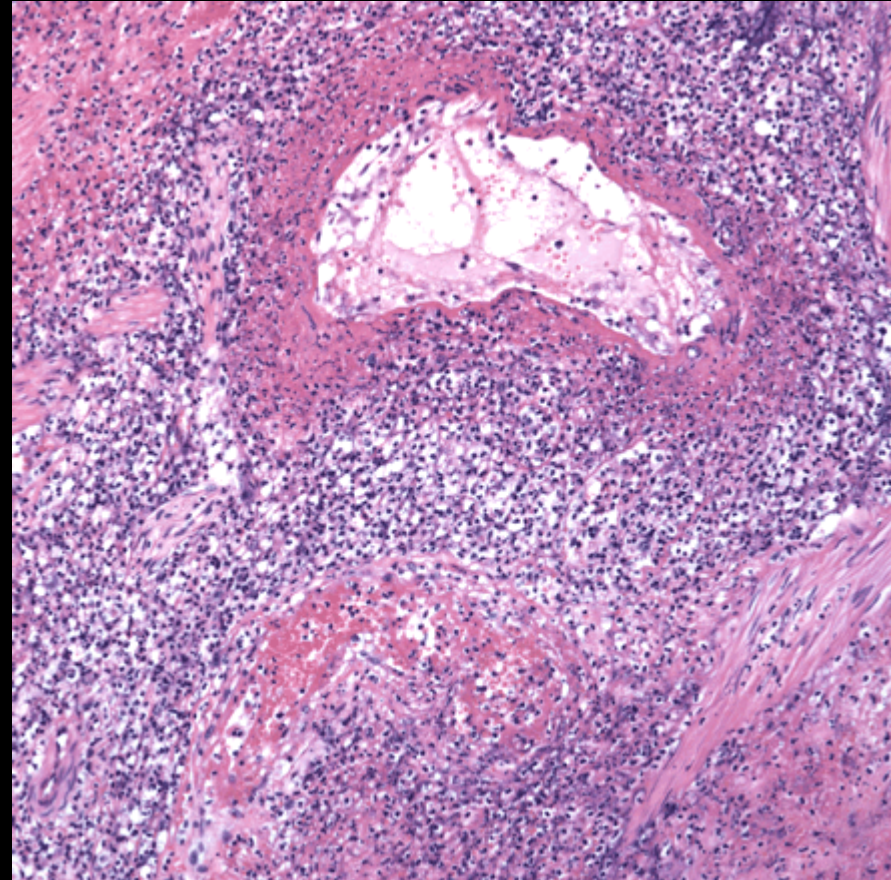
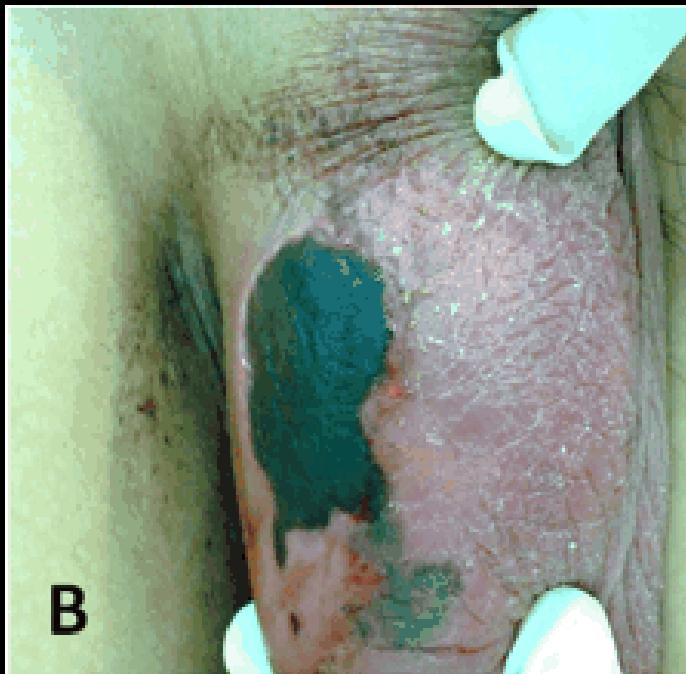
**Vasculopatia secundăria
a cocaïna**

Diferents mecanismes d'afectació vascular secundària a cocaïna:

- Secundaris a la pròpia cocaïna
- En relació a fenòmens d'arítmia i hipertensió desencadenats per la pròpia cocaïna
- Secundaris a adulterants de la cocaïna:
LEVAMISOLE

Secundaris a la mateixa cocaïna:

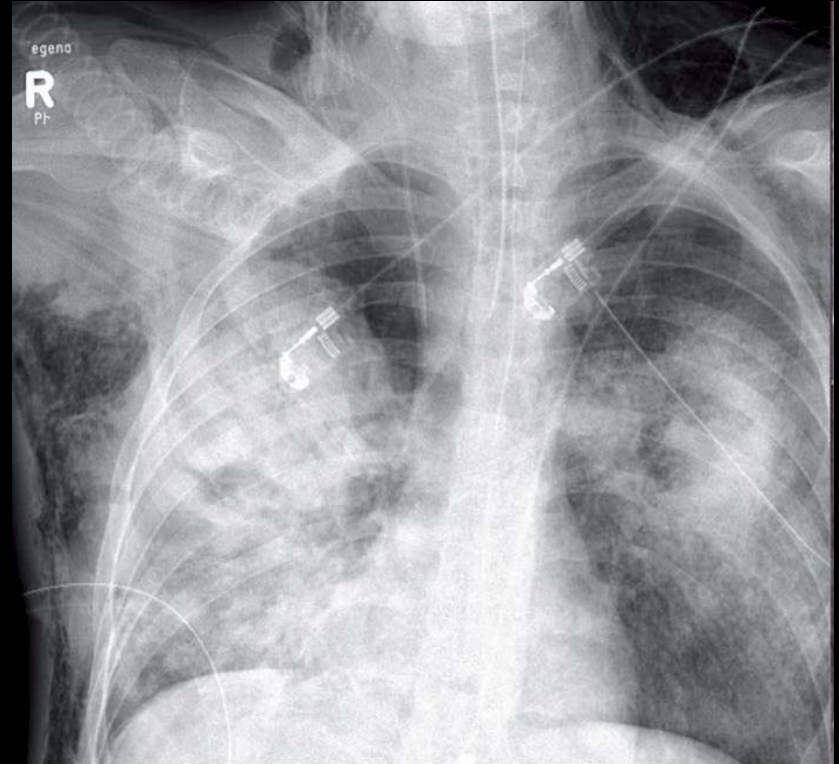
- Per fenòmens de vasoconstricció:
 - Per estimulació adrenèrgica
 - Per potenciació de la norepinefrina
- Per activitat protrombòtica
 - Per estimulació de l'agregació plaquetar
 - Per inhibició de l'activitat fibrinolítica
- Per vasculitis/pseudovasculitis secundària



Secundaris a la mateixa cocaïna:

□ Diferenciació entre:

- Granulomatosi de Wegener localitzada:
 - Histologia clàssica: presència de granulomes
 - positivitat ANCA PR3
- Lesions destructives de la línia mitja induïdes per cocaïna
 - Absència de granulomes; absència de leucocitoclàstia
 - Postivitat HNE-ANCA (també PR3)



Secundaris a adulterants de la cocaïna: **LEVAMISOLE**

LEVAMISOLE és un agent antihelmíntic, que s'havia utilitzat anteriorment com a immunomodulador en el tractament del càncer i de malalties autoimmunes.

- Un 70% de la cocaïna a EEUU està adulterada amb levamisole

LEVAMISOLE

- Pot ser detectat en orina fins a 48h després del consum
- Efectes secundaris:
 - Supressió de la medul·la òssia: neutropènia
 - Vasculitis leucocitoclàstica i trombosi microvascular: lesions purpúriques que afecten característicament el lòbul.
 - S'associa a la presència d'anticossos c- i p- ANCA i anticardiolipina







Moltes gràcies per l'atenció!