

Vasculitis leucocitoclástica cutánea y carcinoma renal

Almudena Hernández-Núñez, Susana Córdoba, Dolores Arias, Alberto Romero, Carmen García-Donoso, Román Miñano, Diego Martínez y Jesús Borbujo

Servicio de Dermatología. Hospital de Fuenlabrada. Madrid. España.

Resumen.—La asociación entre vasculitis leucocitoclástica y tumores sólidos como el carcinoma renal se ha descrito con poca frecuencia. Presentamos el caso de una mujer de 76 años que empezó con lesiones cutáneas en piernas clínica e histológicamente diagnosticadas de vasculitis leucocitoclástica y a la que, en el transcurso del estudio del cuadro, se le diagnosticó un carcinoma renal. Tras la extirpación del tumor renal, las lesiones de vasculitis desaparecieron sin recidiva en el seguimiento.

Palabras clave: vasculitis leucocitoclástica, carcinoma renal, tumor sólido, riñón.

CUTANEOUS LEUKOCYTOCLASTIC VASCULITIS AND RENAL CARCINOMA

Abstract.—The association between leukocytoclastic vasculitis and solid tumors like renal carcinoma has been infrequently described. We present the case of a 76-year-old woman who began with skin lesions on the legs that were clinically and histologically diagnosed as leukocytoclastic vasculitis. During analysis of the symptoms, she was diagnosed with renal carcinoma. After the tumor was excised, the vasculitis lesions disappeared, with no recurrence during the follow-up period.

Key words: leukocytoclastic vasculitis, renal carcinoma, solid tumor, kidney.

INTRODUCCIÓN

La vasculitis leucocitoclástica cutánea es una entidad clinicopatológica que cursa con afectación de la piel y en ocasiones de otros órganos y sistemas¹. Etiológicamente se relaciona con numerosos procesos, aunque en el 40 % de los casos no se encuentra una causa. Entre los factores más frecuentemente asociados están las infecciones, los fármacos, algunas enfermedades sistémicas y los tumores^{2,3}, y en este último caso suelen ser especialmente los procesos hematológicos, más que los tumores sólidos, los que se encuentran. Clínicamente se presenta como máculas eritematopurpúricas o púrpura palpable que afecta especialmente a extremidades inferiores, sobre todo de forma distal. Histológicamente se caracteriza por infiltración de la pared vascular por neutrófilos con degeneración de los mismos (leucocitoclasia) y necrosis fibrinoide¹.

Presentamos un caso de vasculitis leucocitoclástica cutánea en cuyo estudio se descubrió un carcinoma renal, y hacemos una revisión de los pocos casos similares descritos, así como de los posibles factores fisiopatológicos.

Correspondencia:
Almudena Hernández-Núñez. Servicio de Dermatología.
Hospital de Fuenlabrada. Camino del Molino, 2.
28942 Fuenlabrada. Madrid. España.
almudena@aedv.es

Recibido el 28 de diciembre de 2005.
Aceptado el 13 de marzo de 2006.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 76 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y fibrilación auricular crónica, acudió a nuestra consulta remitida desde urgencias por la aparición 5 días antes de lesiones maculosas puntiformes purpúricas en tobillo y dorso de pies, inicialmente asintomáticas. Las lesiones habían ido aumentando en número, extensión y tamaño, afectando a piernas y muslos, con aparición de ampollas hemorrágicas perimaleolares con rotura y formación de costra posterior, acompañándose de prurito. No había fiebre u otra sintomatología asociada. La paciente seguía tratamiento desde hacía años con diltiazem, fosinopril, furosemida, acenocumarol y extracto de ginkgo biloba, y negaba la introducción de medicación nueva previa a la aparición de las lesiones. A la exploración física presentaba, en dorso de pies, piernas y tercio distal de muslos, lesiones papulosas eritematopurpúricas de tamaños variables entre 2 y 5 mm, con lesiones ampollosas hemáticas y costrosas de hasta 10 mm en regiones perimaleolares (fig. 1). Se tomó una biopsia de piel, que mostraba zonas de desprendimiento cutáneo con necrosis epidérmica, y en la dermis leucocitos perivasculares con leucocitoclasia, necrosis fibrinoide de la pared y extravasación hemática; el estudio de inmunofluorescencia directa demostró la presencia de depósito de C3 en los endotelios vasculares de los vasos de la dermis media y superficial. Se ingresó a la paciente para estudio y se instauró tratamiento con 30 mg/día de prednisona oral. Se realizó un estudio analítico com-



Fig. 1.—Lesiones maculopapulosas eritematopurpúricas en piernas con lesiones costrosas en regiones perimaleolares.

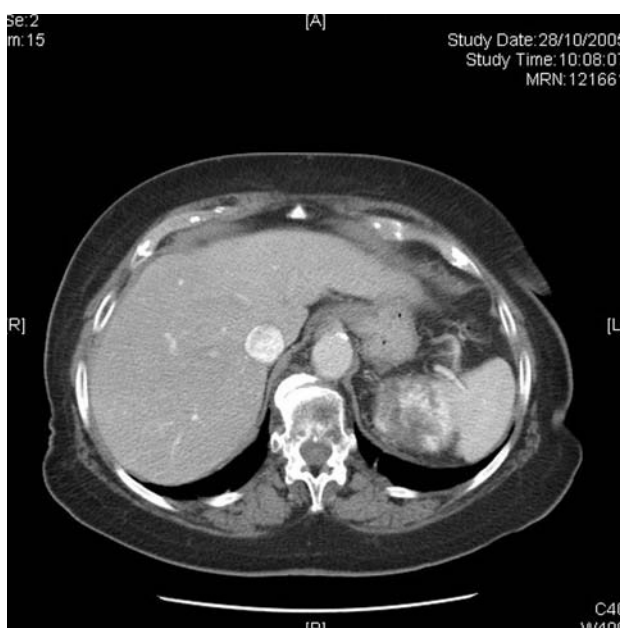


Fig. 2.—TC abdominopélvica con contraste. Masa heterogénea en polo superior del riñón izquierdo.

pleto que incluía sistemático de sangre, bioquímica, sistemático de orina, inmunoglobulinas, complemento, autoanticuerpos, factor reumatoide, crioaglutininas y serología de hepatitis, que mostró como únicos hallazgos discreta leucocituria en orina, anticuerpos anti-VHbc positivos y título de anticuerpos antinucleares (ANA) de 1/160. La radiografía de tórax mostraba cardiomegalia y una imagen nodular en columna dorsal baja, que en la tomografía computarizada

(TC) torácica correspondía a una formación exofitatoria exuberante de la columna. En esta prueba se visualizaba además una gran masa en la teórica localización del polo superior del riñón izquierdo, por lo que se realizó también una TC abdominopélvica en la cual se observaba una masa heterogénea en dicha localización compatible con un carcinoma renal (fig. 2). Durante el ingreso las lesiones fueron mejorando con prednisona y curas locales, evolucionando a costras. Se realizó una nefrectomía radical laparoscópica por parte del Servicio de Urología, y el estudio anatomopatológico demostró un carcinoma renal de células claras, grado II de Fuhrman, limitado al riñón. Después de la intervención, las lesiones cutáneas han desaparecido completamente sin más tratamiento. Queda pendiente de ver su evolución, dado el escaso tiempo transcurrido desde la cirugía, que es de un mes en la actualidad.

DISCUSIÓN

Como ya se ha comentado anteriormente, se ha descrito raras veces la asociación entre una vasculitis leucocitoclástica y un tumor sólido. Hasta donde nosotros sabemos, existen 9 casos en la literatura médica en los cuales se ha demostrado la asociación de vasculitis con carcinoma renal, que se recogen en la tabla 1. El primer caso fue publicado en 1976 por Andrasch et al⁴ y se trataba de una mujer de 63 años que presentó una isquemia digital con vasculitis leucocitoclástica en la biopsia de piel, en la cual se descubrió un carcinoma renal y, tras su extirpación, la isquemia de los dedos desapareció. Posteriormente, Susman et

TABLA 1. CASOS RECOGIDOS EN LA LITERATURA MÉDICA DE VASCULITIS CUTÁNEA Y TUMOR RENAL, INCLUIDO EL NUESTRO

Referencia	Edad/sexo	Clínica	Histología	Asociaciones	Remisión tras cirugía
Andrasch et al, 1976 ⁴	63/M	Gangrena digital	VL	Hipergammaglobulinemia	Sí
Susman et al, 1981 ⁵	72/V	Raynaud, fiebre, mialgias, diarrea	VN	No	Sí
Hoag, 1987 ⁶	63/V	Disnea, diarrea, púrpura diseminada	VL	Proteinuria	No (carcinoma renal en autopsia)
	77/M	MEG, dolor cuello y EESS, nódulos en arteria temporal	No	Arteritis de células gigantes	No (carcinoma renal en autopsia)
Lacour, 1993 ⁷	75/M	Púrpura palpable EEII, ↓ peso	VL	No	Sí
	77/M	Púrpura palpable piernas, ↓ peso	VL	Anemia	Sí
Sarma, 1994 ⁸	56/V	Púrpura palpable EEII, fiebre	VL	No	Sí (recidiva a los 20 meses)
Çurgunlu et al, 2004 ⁹	63/V	Púrpura EEII y antebrazos	VL	No	Sí
Mautner et al, 1993 ¹⁰	63/V	Púrpura EE, hipo, ↓ peso, disnea, hiporexia	VL	Crioglobulinemia	No (lesiones a los 8 meses tras cirugía renal)
Nuestro caso	76/M	Púrpura palpable EEII	VL	ANA 1/160 anti-VHBC+	Sí (corto seguimiento)

M: mujer; V: varón; VL: vasculitis leucocitoclástica; MEG: malestar general; EESS: extremidades superiores; EEII: extremidades inferiores; VN: vasculitis necrosante; EE: extremidades; ANA: anticuerpos antinucleares; VHB: virus de la hepatitis B.

al⁵ publicaron un caso de fenómeno de Raynaud y necrosis isquémica que desapareció tras el descubrimiento y extirpación de un oncocitoma renal con vasculitis necrosante en la grasa perirrenal. Hoag et al⁶ describieron a 2 pacientes que presentaban una vasculitis leucocitoclástica diseminada y una arteritis de células gigantes, respectivamente, pero en estos 2 casos no se pudo demostrar una relación de causa y efecto porque los carcinomas renales se descubrieron en las respectivas autopsias. Desde entonces se han publicado los casos de otros 4 pacientes con púrpura limitada a extremidades inferiores, vasculitis leucocitoclástica cutánea y carcinoma de células renales que remitieron sin recidiva tras la cirugía renal⁷⁻⁹, y un caso similar a éstos pero que además asociaba una crioglobulinemia y en el cual las lesiones cutáneas aparecieron tras la cirugía¹⁰.

Las manifestaciones paraneoplásicas del cáncer renal son frecuentes y numerosas, e incluyen fiebre, policitemia, hipercalcemia, hipertensión, hepatomegalia, hematuria y encefalitis, entre otras⁷. La asociación entre vasculitis y un tumor sólido es bien conocida, pero aquélla se suele producir generalmente de for-

ma secundaria a complicaciones terapéuticas o infecciosas en la evolución de un tumor previamente conocido. Es más raro que el estudio de una vasculitis conduzca al diagnóstico de un tumor sólido, incluido el renal, como en los casos descritos.

La patogenia de la vasculitis leucocitoclástica está relacionada con el depósito de inmunocomplejos en la pared vascular, que conduce a una activación del sistema de complemento y a una liberación de factores quimiotácticos que producirían el daño en la pared de los vasos, así como la disminución de la actividad fibrinolítica que causa las trombosis¹. En este sentido, se postula que la producción de citocinas por parte de las células tumorales podría participar en este proceso de autoinmunidad uniéndose a los inmunocomplejos circulantes y producir así mismo la vasculitis^{7,9,11}.

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weedon D, Strutton G. The vasculopathic reaction pattern: acute vasculitis. En: Weedon D, editor. *Skin pathology*. London: Churchill-Livingstone; 2002. p. 222-78.
2. Ekenstam EA, Callen JP. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis. Clinical and laboratory features of 82 patients seen in private practice. *Arch Dermatol*. 1984;120:484-9.
3. Lotti T, Ghersetich I, Comacchi C, Jorizzo JL. Cutaneous small-vessel vasculitis. *J Am Acad Dermatol*. 1998;39: 67-87.
4. Andrasch RH, Bardana EJ Jr, Porter JM, Pirofsky B. Digital ischemia and gangrene preceding renal neoplasm. An association with sarcomatoid adenocarcinoma of the kidney. *Arch Intern Med*. 1976;136:486-8.
5. Susman BR, Levin FC, Barland P, Fromowitz F. Vasculitis associated with renal oncocytoma. *NYSMJ*. 1981;81:1501-3.
6. Hoag GN. Renal cell carcinoma and vasculitis: report of two cases. *J Surg Oncol*. 1987;35:35-8.
7. Lacour JP, Castanet J, Perrin C, Vitetta A, Ortonne JP. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis and renal cancer: two cases. *Am J Med*. 1993;94:104-8.
8. Sarma PSA. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis preceding renal cancer. *Postgrad Med J*. 1994;70:311-2.
9. Çurgunlu A, Karter Y, Uyanik Ö, Tunckale A, Çurgunlu S. Leukocytoclastic vasculitis and renal cell carcinoma. *Intern Med*. 2004;43:256-7.
10. Mautner G, Roth JS, Grossman ME. Leukocytoclastic vasculitis in association with cryoglobulinemia and renal cell carcinoma. *Nephron*. 1993;63:356-7.
11. Motzer RJ, Bander NH, Nanus DM. Medical progress: renal cell carcinoma. *N Engl J Med*. 1996;335:865-75.