

## CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

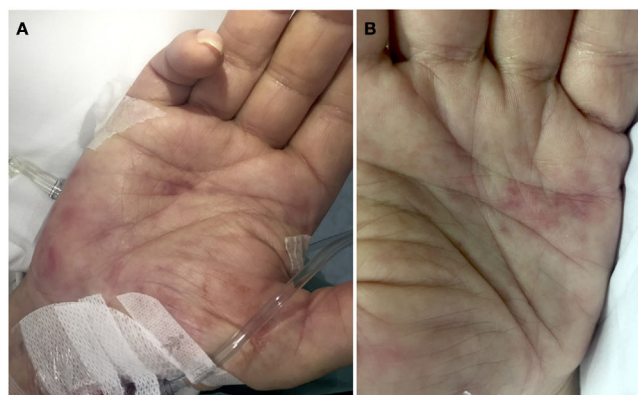
### Lesiones tipo manchas de Janeway asociadas a sepsis de origen respiratorio

#### Janeway-like Lesions Associated With Sepsis Secondary to a Respiratory Infection

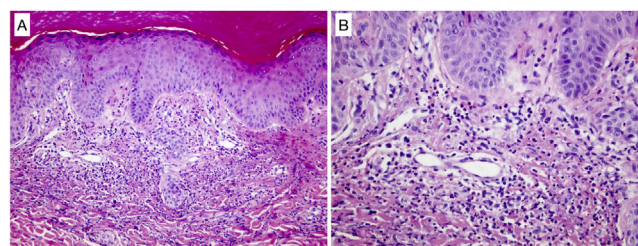
Sr. Director:

Las manchas de Janeway (MJ) fueron descritas por primera vez en 1899 por Edward Janeway en pacientes con endocarditis infecciosa<sup>1</sup>. Actualmente forman parte de los criterios menores diagnósticos de esta entidad (Criterios de Duke modificados) junto con otro tipo de manifestaciones cutáneas como los nódulos de Osler<sup>1-3</sup>. Sin embargo, en las últimas décadas se han descrito casos similares a MJ en relación con otras patologías infecciosas.

Un varón de 69 años consultaba por deterioro del estado general, fiebre y tiritona de 24 h de evolución sin otra clínica acompañante. En la exploración física el paciente presentaba taquipnea, deterioro del nivel de conciencia (escala de Glasgow: 12 puntos) y una presión arterial de 90/60 mmHg. En las pruebas complementarias solicitadas en urgencias destacaban leucocitosis con neutrofilia, elevación de procalcitonina, alteraciones hidroelectrolíticas y acidosis metabólica. Un ecocardiograma transtorácico no detectó presencia de vegetaciones. Fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos con el juicio clínico de sepsis de foco desconocido (escala quick SOFA 3 puntos) y se pautó antibioterapia empírica. Posteriormente, solicitaron valoración por la aparición de lesiones cutáneas no dolorosas a nivel de palmas. La exploración dermatológica reveló máculas anulares milimétricas de tonalidad eritematoviolácea afectando a ambas eminencias hipotenares (fig. 1 A y B), así como una lesión lineal hemorrágica en la uña del tercer dedo de mano derecha compatible con una hemorragia en astilla. No presentaba afectación plantar. Se realizó biopsia cutánea identificando la presencia de células inflamatorias, predominantemente polimorfonucleares neutrófilos, en dermis papilar formando un microabsceso sin presencia de vasculitis ni émbolos de fibrina (fig. 2 A y B). La epidermis y el glomus no presentaron alteraciones. La tinción de Gram resultó negativa. Estos hallazgos histológicos apoyaban el diagnóstico de MJ.



**Figura 1** Hallazgos clínicos. (A, B). La exploración dermatológica reveló máculas anulares milimétricas de tonalidad eritematoviolácea en ambas palmas.



**Figura 2** Estudio histológico. (A) La biopsia no demostró anomalías epidérmicas. Se observaba una infiltración neutrofílica dérmica superficial y focal que formaba microabscesos mal definidos, sin signos de vasculitis (HEX100). (B) A mayor aumento (HEX200), se confirmó la ausencia de vasculitis identificando también ligera cariorrexis y eosinófilos aislados.

Respecto a las pruebas complementarias, tanto el cultivo microbiológico de una de las lesiones como los hemocultivos fueron negativos. Se realizaron ecocardiogramas transtorácicos y transesofágicos seriados, descartando la presencia de endocarditis, así como un estudio oftalmológico que no evidenció alteraciones. Los controles analíticos evidenciaron un deterioro progresivo de la función renal (creatinina 3,2 mg/dl) así como un cociente PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 300 mmHg. Posteriormente, una tomografía axial computarizada reveló un foco infeccioso pulmonar y,

**Tabla 1** Casos de manchas de Janeway sin evidencia de endocarditis

	Manifestaciones clínicas	Biopsia cutánea	Estudios microbiológicos	Pruebas complementarias	Diagnóstico final
Reddy et al. (2013)	Máculas eritematosas, pápulas y vesículas en palmas y plantas  Fiebre, disnea y tos productiva	Necrosis epidérmica, absceso neutrofílico en dermis reticular con presencia de cocobacilos grampositivos en el centro. No evidencia de vasculitis	<i>Staphylococcus aureus resistente a meticilina</i> en cultivo de esputo, hemocultivos y cultivo cutáneo	Radiografía de tórax: consolidaciones en lóbulos inferiores de ambos pulmones. Ecocardiograma transtorácico y transesofágico negativos	Manchas de Janeway secundarias a septicemia estafilocócica
Yamamoto et al. (2014)	Manchas rojo-azuladas no dolorosas en palmas y plantas, hemorragias subconjuntivales y eritema con descamación en cuero cabelludo y extremidades	No	<i>Staphylococcus aureus sensible a meticilina</i> en hemocultivos	No	Septicemia estafilocócica secundaria a eritrodermia psoriásica con manchas de Janeway asociadas
Mathes et al. (2016)	Malestar general y fiebre Múltiples máculas eritematosas y pápulas en mano derecha tras retirada de catéter arterial radial derecho para monitorización invasiva de la presión arterial	No	Cultivo cutáneo: <i>Staphylococcus aureus sensible a meticilina</i>	Ecografía: pseudoaneurisma de la arteria radial con extravasación	Manchas de Janeway secundarias a aneurisma radial infectado
Hernández-Ramírez et al. (2017)	No síntomas sistémicos Manchas de Janeway en planta de pie izquierdo un mes después de anulación de los vasos demórales izquierdos durante cirugía cardíaca para oxigenación por membrana extracorpórea	No	Hemocultivos y cultivo cutáneo: <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ecocardiograma transesofágico y transtorácico: no signos de endocarditis  Tomografía computarizada; pseudoaneurisma de la arteria femoral izquierda	Manchas de Janeway localizadas tras oxigenación por membrana extracorpórea
Nuestro caso (2021)	Fiebre Máculas eritematovioláceas anulares en eminencias hipotenares, lesión lineal hemorrágica en la uña del tercer dedo derecho. No afectación plantar  Malestar general, fiebre y tiritona	Polimorfonucleares neutrófilos formando un microabsceso en dermis papilar. No evidencia de vasculitis ni fibrina. Epidermis y glomus sin alteraciones	Hemocultivos y cultivo cutáneo: negativos  Cultivo de líquido obtenido de lavado bronquioalveolar mediante broncoscopia: <i>Enterobacter asburiae</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i>	Ecocardiograma transtorácico y transesofágico: no signos de endocarditis  Tomografía computarizada: foco infeccioso pulmonar  Estudio oftalmológico: sin alteraciones	Manchas de Janeway secundarias a sepsis respiratoria

tras realizar una broncoscopia, se aislaron *Enterobacter asburiae* y *Klebsiella pneumoniae* en el cultivo del lavado broncoalveolar.

En base a los hallazgos clínicos, histológicos y de las pruebas complementarias se estableció el diagnóstico final de sepsis de origen respiratorio (escala SOFA 4 puntos) con lesiones cutáneas tipo MJ asociadas. Las lesiones cutáneas se resolvieron en pocos días pero el paciente desarrolló múltiples complicaciones y falleció tras 4 meses de ingreso.

Las MJ constituyen el principal signo cutáneo de endocarditis infecciosa junto a los nódulos de Osler<sup>1,2</sup>. Tradicionalmente se ha asociado la presencia de nódulos de Osler a cuadros de endocarditis subagudos y las MJ a cuadros agudos<sup>1,3</sup>. Su prevalencia oscila entre el 5-15% de los pacientes afectados de endocarditis infecciosa aunque se cree que podría estar infraestimada<sup>3</sup>. La patogenia exacta de las manifestaciones cutáneas asociadas a la endocarditis infecciosa todavía es motivo de controversia<sup>1,4,5</sup>. Clínicamente, las MJ se corresponden con máculas eritematosas, indoloras, de pequeño tamaño, localizadas en palmas y plantas. La duración de las lesiones es variable (días-semanas), desapareciendo sin lesión residual<sup>1,3-6</sup>. Los hallazgos histológicos clásicos incluyen la presencia de microabscesos dérmicos sin evidencia de vasculitis, aunque publicaciones recientes defienden la diversidad de patrones histológicos posibles<sup>1,3,6</sup>. La presencia de cultivo microbiológico positivo es inconstante. Aunque inicialmente estas lesiones se describieron en relación con la endocarditis infecciosa, su presencia no se limita únicamente a esta enfermedad. En los últimos años se han descrito casos de lesiones tipo MJ asociados a diversas patologías infecciosas: 2 casos relacionados con septicemia estafilocócica y otros 2 casos tras procedimientos endovasculares (tabla 1)<sup>7-10</sup>. En todos estos pacientes, la endocarditis infecciosa fue razonablemente descartada. Nuestro caso se incluiría en este grupo de lesiones tipo MJ no asociadas a endocarditis infecciosa con la particularidad de ser causadas por una sepsis respiratoria no estafilocócica.

Presentamos el primer caso descrito hasta el momento de lesiones tipo MJ en relación con una sepsis respiratoria. Queremos reseñar que ante la aparición de lesiones compatibles con MJ debemos considerar, además de la endocarditis infecciosa, otras posibles causas como procesos infecciosos de diverso origen y valorar el antecedente de procedimientos endovasculares recientes como posible puerta de entrada.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Sethi K, Buckley J, de Wolff J. Splinter haemorrhages, Osler's nodes, Janeway lesions and Roth spots: The peripheral stigmata of endocarditis. *Br J Hosp Med.* 2013;74:139-42.
2. Long B, Koefman A. Infectious endocarditis: An update for emergency clinicians. *Am J Emerg Med.* 2018;36:1686-92, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2018.06.074>.
3. Gomes RT, Tiberto LR, Monte Bello VN, Jacometo Lima MA, Alborgheti Nai G, Milanez Morgado de Abreu MA. Dermatologic manifestations of infective endocarditis. *An Bras Dermatol.* 2016;91:92-4, <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20164718>.
4. Alpert JS. Osler's nodes and Janeway lesions are not the result of small-vessel vasculitis. *Am J Med.* 2013;126:843-4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2013.04.002>.
5. Marrie TJ. Osler's nodes and Janeway lesions. *Am J Med.* 2008;121:105-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2007.07.035>.
6. Loewe R, Gattringer KB, Petzelbauer P. Janeway lesions with inconspicuous histological features. *J Cutan Patol.* 2009;36:1095-8, <http://dx.doi.org/10.1111/xj.1600-0560.2008.01231.x>.
7. Reddy IS, Gowrishankar S. Janeway lesions - revisited. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013;79:136, <http://dx.doi.org/10.4103/0378-6323.104693>.
8. Hernández-Ramírez JM, Urso S, Granados R. Localized Janeway lesions after ECMO. *Intensive Care Med.* 2017;43:449, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-016-4609-8>.
9. Mathes A, Duran M, Tortora A, Beseoglu K. Janeway lesions as the primary sign of an infected radial artery aneurysm after cannulation. *Intensive Care Med.* 2016;42:1172-3, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-015-4091-8>.
10. Yamamoto M, Inokuchi R, Nakamura K, Yahagi N. Psoriatic erythroderma-induced septicaemia causing Janeway lesions. *BMJ Case Rep.* 2014;207587, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2014-207587>.

N. Moreiras Arias<sup>a,\*</sup>, G. Pita da Veiga<sup>b</sup>,  
J.M. Suárez Peñaranda<sup>c</sup> y M. Pousa Martínez<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

<sup>c</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

<sup>d</sup> Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [noeliama93@hotmail.com](mailto:noeliama93@hotmail.com)  
(N. Moreiras Arias).