



Vasculitis leucocitoclástica cutánea debido a bacteriemia por *Kytococcus kristinae*

Cutaneous leukocytoclastic vasculitis due to *Kytococcus kristinae* bacteremia

Kimberly Cristal Zacarías-Castro^{1,2*} , Jonathan Sánchez-Argueta^{1,2} 

¹Hospital Departamental de Sololá, Sololá, Guatemala

²Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala

Fecha de recepción: 15/06/2024

Fecha de aceptación: 30/06/2024

Fecha de publicación: 30/09/2024

*Correspondencia: Kimberly Zacarías-Castro. kimy.cristal@gmail.com

Resumen

Mujer de 72 años, diabética, con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, a quien se le había cambiado un catéter temporal 15 días antes. Una semana después, presentó fiebre y lesiones dérmicas palpables en las extremidades. Los estudios revelaron leucocitosis y un aumento en los reactantes de fase aguda. Se procedió a retirar el catéter y realizar un hemocultivo, que resultó positivo para *Kocuria kristinae*. La biopsia cutánea mostró vasculitis leucocitoclástica. Fue tratada con vancomicina, prednisona y antihistamínicos, con una respuesta clínica favorable.

Palabras clave: Vasculitis. Infecciones relacionadas con catéteres. (DeCS-BiREME)

Abstract

A 72-year-old diabetic woman with chronic renal failure undergoing hemodialysis had a temporary catheter replaced 15 days prior. A week later, she developed fever and palpable skin lesions on her limbs. Laboratory tests showed leukocytosis and elevated acute-phase reactants. The catheter was removed, and blood cultures were positive for *Kocuria kristinae*. A skin biopsy revealed leukocytoclastic vasculitis. She was treated with vancomycin, prednisone, and antihistamines, with a favorable clinical response.

Keywords: Vasculitis. Catheter-related infections. (MeSH-NLM)

Introducción

La vasculitis leucocitoclástica, también conocida como vasculitis de pequeños vasos, es una condición inflamatoria que afecta principalmente a las vénulas poscapilares. Se caracteriza por la infiltración de neutrófilos

en las paredes de los vasos sanguíneos, lo que provoca la fragmentación de estos leucocitos, un proceso denominado leucocitoclasia. Clínicamente, la vasculitis leucocitoclástica se presenta con mayor frecuencia como púrpura palpable en las extremidades inferiores, aunque en casos más graves puede involucrar otros órga-

Citar este artículo como: Zacarías-Castro KC, Sánchez-Argueta J. Vasculitis leucocitoclástica cutánea debido a bacteriemia por *Kytococcus kristinae*. 2024;37(2): 152-154. Disponible en: <https://doi.org/10.36393/spmi.v37i3.860>

Rev Soc Peru Med Interna 2024; 37(2): 152-154

<https://doi.org/10.36393/spmi.v37i3.860>

www.revistaperuanademedicinainterna.com

nos y sistemas. Las etiologías son variadas, e incluyen infecciones, medicamentos, enfermedades autoinmunes, neoplasias e idiopáticas. Las infecciones bacterianas que inducen vasculitis suelen estar asociadas con patógenos como *Streptococcus* y *Staphylococcus*. Sin embargo, *Kocuria kristinae* también puede desencadenar vasculitis leucocitoclástica, aunque es una causa rara. Esta posibilidad resalta la importancia de considerar una amplia gama de patógenos en el diagnóstico diferencial de vasculitis secundaria a infecciones.

Presentación del caso

Mujer de 72 años que acude a consulta por presentar lesiones eritematosas palpables en las extremidades inferiores y superiores, con una semana de evolución. Refiere antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica, tratada con hemodiálisis mediante un catéter temporal, el cual fue reemplazado hace 15 días. Una semana después, nota la aparición de lesiones eritematosas en todas las extremidades, acompañada de fiebre de 38.5 °C (**Figura 1**). Los exámenes de laboratorio mostraron: 16.289 leucocitos/mm³ (neutrófilos: 89,9%), frotis de sangre periférica: leucocitosis con granulaciones tóxicas leve, procalcitonina 0,71 ng/mL, PCR 48 mg/L, creatinina 3,72 mg/dL, VSG 75 mm/h.

Se retiró el catéter y se realizó hemocultivo, el cual fue positivo para *Kocuria kristinae*, identificado mediante la observación de las características morfológicas y pruebas bioquímicas, junto con la confirmación del test de susceptibilidad antimicrobiana (AST-P663). El manejo inicial del paciente fue iniciar tratamiento con vancomicina, prednisona a 1 mg/kg/día y antihistamínicos.



Figura 1. Lesiones cutáneas eritematosas palpables en extremidades inferiores y superiores asociadas a vasculitis leucocitoclástica

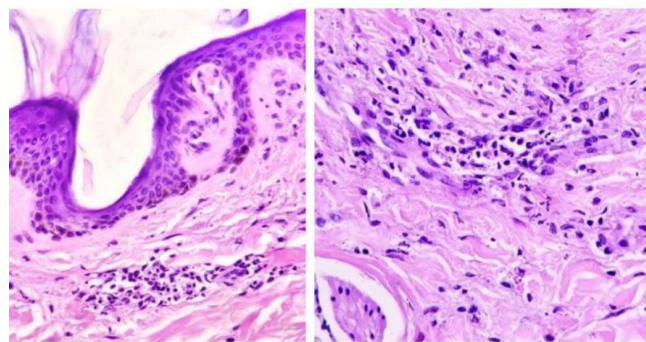


Figura 2. Hallazgos histopatológicos de vasculitis leucocitoclástica.

Se realizó una biopsia cutánea, la cual mostró en los vasos sanguíneos de pequeño calibre, correspondientes a la unión dermoepidérmica, una infiltración transmural de neutrófilos, algunos con fragmentación de sus núcleos (polvo nuclear) y extravasación de glóbulos rojos. Los vasos de la epidermis no mostraron afectación. Epidermis con leve adelgazamiento (**Figura 2**).

La paciente egresó a los 21 días con mejoría y con tratamiento ambulatorio de disminución gradual de prednisona.

Discusión

La vasculitis leucocitoclástica, caracterizada por la inflamación de pequeños vasos sanguíneos con infiltrados de neutrófilos y fragmentación nuclear.¹ Esta vasculitis es idiopática, hasta en un 50% de los casos sus desencadenantes comunes son infecciones, enfermedades autoinmunes, neoplasias malignas y fármacos.² La patogenia de la vasculitis leucocitoclástica implica el depósito de inmunocomplejos en las paredes de los vasos pequeños, junto con la activación del sistema del complemento. Se reclutan neutrófilos y se produce una lesión de las paredes de los vasos con exudación secundaria de los eritrocitos, la fibrina y el suero.³ 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 trombosis.⁴

En la evaluación clínica, presentan lesiones elementales más frecuentes como máculas o pápulas purpúricas («púrpura palpable»), nódulos subcutáneos o úlceras secundarias a la afectación de vasos dérmicos de pequeño calibre. Además, pueden existir ampollas de contenido hemorrágico y pústulas.⁵

En cuanto al tratamiento de la vasculitis leucocitoclástica, primero debe tratarse el factor desencadenante⁵, dejando el tratamiento con inmunosupresores para aquellos casos refractarios o con afectación severa.⁵

El diagnóstico se realiza mediante la evaluación clínica y la confirmación histológica sigue siendo el patrón diagnóstico de oro. La biopsia cutánea debe realizarse

de una lesión temprana blanda y purpúrea (menos de 48 horas de evolución, punzón de 3-4 mm incisional/escisional > 6 mm).

En términos histopatológicos, la vasculitis leucocitoclástica presenta seis hallazgos: necrosis fibrinoide, daño endotelial, neutrófilos invadiendo la pared vascular, fragmentos nucleares de neutrófilos (leucocitoclasia) en vénulas poscapilares, extravasación de eritrocitos e infiltrado inflamatorio con neutrófilos y eosinófilos en procesos agudos. En formas crónicas o recurrentes, el infiltrado es predominantemente mononuclear, sin inflamación granulomatosa.⁴

Kocuria kristinae es un coco grampositivo, de la familia *Micrococcaceae*, que forma parte de la microbiota de la piel, las mucosas y la orofaringe de los seres humanos y algunos mamíferos. Los casos clínicos de infecciones comprobadas son escasos. Sin embargo, al ser un agente infeccioso, puede presentarse con manifestaciones secundarias en pacientes inmunocomprometidos o con catéteres centrales.

El diagnóstico se basa en lesiones cutáneas purpúricas, biopsia cutánea y cultivos bacterianos. El tratamiento de la vasculitis leucocitoclástica es multidisciplinario y se centra en eliminar los factores causales, administrar antibioterapia y aplicar medidas sintomáticas como antihistamínicos y AINEs. En los casos graves, se debe considerar el uso de glucocorticoides e inmunosupresores. Además, la terapia incluye medidas generales como el reposo, y en casos resistentes, puede ser necesario recurrir a agentes biológicos o inmunoglobulinas.^{4,6}

Conclusión

Aunque rara, la vasculitis inducida por *Kocuria kristinae* subraya la importancia de considerar este patógeno en pacientes vulnerables.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Responsabilidades éticas

Este trabajo cuenta con el consentimiento informado del paciente y la aprobación del Comité de Ética Científico del Hospital Departamental de Sololá, Sololá, Guatemala.

Contribución de los autores

Los autores han contribuido de igual manera en la concepción, diseño, recopilación, análisis y/o interpretación de los datos, y contribuido a la redacción y al contenido intelectual del artículo.

Referencias

1. Chávez Valencia V, Álvarez Arreola L, Robles R. Bacteriemia y peritonitis por *Kocuria kristinae* en pacientes en diálisis: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Gac Med Mex*. 2014;150(Supl 2):183-5. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s2/GMM_150_2014_S2_183-185.pdf
2. Kumar G, Pillai S, Norwick P, Bukulmez H. Leucocitoclástica vasculitis secundaria a infección por COVID-19 en un niño. *BMJ Case Rep*. 2021 Apr 7;14(4):e242192. doi: 10.1136/bcr-2021-242192.
3. Weedon D. The vasculopathic reaction pattern: acute vasculitis. En: Weedon D, editor. *Skin pathology*. London: Churchill-Livingstone; 2002. p. 222-78.
4. Hernández-López A, Paniagua-Tapia MU, Cortés-Rojas C, Rodríguez-Orozco AR. Vasculitis leucocitoclástica (vasculitis por hipersensibilidad). *Med Interna Mex*. 2019;35(2):251-67. doi: 10.24245/mim.v35i2.2351. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000200251&lng=es
5. Pulido-Pérez A, Avilés-Izquierdo JA, Suárez-Fernández R. Cutaneous vasculitis. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103(3):179-91. doi: 10.1016/j.ad.2011.06.001.
6. Goeser MR, Laniosz V, Wetter DA. A practical approach to the diagnosis, evaluation, and management of cutaneous small-vessel vasculitis. *Am J Clin Dermatol*. 2014;15(4):299-306. doi: 10.1007/s40257-014-0076-6.