



## Caso Clínico

### Úlcera atípica en paciente con infecciones pulmonares de repetición: estudio de un caso

#### *Atypical ulcer in patient with recurrent pulmonary infections: a case study*

Alejandra Bartolomé Sánchez<sup>1</sup>, Abel Vélez<sup>1</sup>, José Manuel Buisán<sup>1</sup>, Sandra Freire<sup>1</sup>, Miguel Ángel Torralba<sup>2</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Angiología y Cirugía Vasculiar y <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

### Resumen

#### Palabras clave:

Úlcera.  
Inmunodeficiencia.  
Cirugía vascular.  
Hipogammaglobulinemia.

Presentamos el caso de un varón de 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), dislipemia, insuficiencia cardiaca, taquicardia paroxística supraventricular y septoplastia, con úlcera dolorosa en cara posterior de la pierna izquierda de dos semanas de evolución, sin clínica previa de claudicación ni pulsos distales en extremidades inferiores (EEII). Se descartaron úlceras mediante anamnesis, claudicometría, arteriografía y biopsia. Se diagnosticó de déficit mixto de inmunoglobulinas e infección sistémica por *Aspergillus*. Se estableció tratamiento con itraconazol e inmunoglobulinas y mejoró el estado general y de la úlcera.

### Abstract

#### Key words:

Ulcer.  
Immunodeficiency.  
Vascular surgery.  
Hypogammaglobulinemia.

We present the case of a 76-year-old man, with a history of arterial hypertension (AHT), chronic obstructive pulmonary disease (COPD), dyslipidemia, heart failure, supraventricular paroxysmal tachycardia, septoplasty, with a painful ulcer on the left leg (two weeks of evolution), no previous clinical manifestation of claudication and no distal pulses in lower extremities. Ulcers were ruled out by anamnesis, claudicometry, arteriography and biopsy. Then, a mixed immunoglobulin deficit was diagnosed with a systemic infection by *Aspergillus*. Treatment with itraconazole and immunoglobulins was established, improving the general condition and the ulcer.

Recibido: 02/02/2019 • Aceptado: 01/05/2019

Bartolomé Sánchez A, Vélez A, Buisán JM, Freire S, Torralba MA. Úlcera atípica en paciente con infecciones pulmonares de repetición: estudio de un caso. *Angiología* 2019;71(4):160-163.

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00020>

#### Correspondencia:

Alejandra Bartolomé Sánchez. Servicio de Angiología.  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.  
Avda. San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza  
e-mail: [alebs\\_92@hotmail.com](mailto:alebs_92@hotmail.com)

## CASO CLÍNICO

### Historia clínica y pruebas complementarias

Presentamos el caso de un varón de 76 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), dislipemia, insuficiencia cardíaca, taquicardia paroxística supraventricular, exfumador (26 años) y septoplastia. El paciente acudió por úlcera en cara posterior de pierna izquierda de dos semanas de evolución, con 3 cm de diámetro, morfología estrellada, intensa reacción inflamatoria, capilaritis en fondo ulceroso, exudación y fibrina. No existían traumatismo previo ni datos de claudicación. En tratamiento con bisoprolol 2,5 mg, losartán 50 mg e inhaladores broncodilatadores.

En exploración, no se apreciaron pulsos ni flujos distales en extremidades inferiores (EEII). Los índice tobillo/brazo (ITB) fueron 1,07 (derecho) y 1 (izquierdo). Se inició dieta hipograsa, analgesia, heparina de bajo peso, dosis profiláctica (40 mg). La lesión fue positiva para *Enterococcus faecalis* y *Enterobacter cloacae* y se pautó antibiótico. Se descartó etiología hipertensiva (Martorell) puesto que el paciente no era diabético y presentaba cifras tensionales en rango.

Se realizó arteriografía diagnóstica de extremidad inferior izquierda y se halló oclusión poplítea distal con salida por dos vasos. Posteriormente, se llevó a cabo una claudicometría, que finalizó a los 100 m por disnea sin dolor.

Con estos datos, la anamnesis y la presentación de dolor desproporcionado, se descartó causa isquémica. Además, se evaluaron causas autoinmunes, carcinoma o vasculíticas. Se inició tratamiento con prostaglandinas, que se retiraron por mala tolerancia y agravamiento del cuadro respiratorio. Por ello, se derivó a evaluación por Dermatología, tomando biopsia del lecho y bordes. Se objetivó entonces "proliferación de estructuras de tipo capilar, algunas con trombosis, vasos de mediano calibre con extensa calcificación de pared e hiperplasia miointimal con obliteración de la luz y leve infiltrado neutrofilico disperso en dermis. No se objetivaron cambios de vasculitis ni imágenes sugestivas de crioglobulinemia". Un nuevo cultivo presentó resultado negativo

y un estudio de anticuerpos (ANA, anti-DNA, antitiroideos, antimúsculo liso, antimitocondrial y anticélulas) fue también negativo. Todo ello obligó al rechazo de posible vasculitis o un pioderma gangrenoso.

### Evolución hospitalaria

Durante el ingreso presentó empeoramiento en clínica respiratoria de base, aumento de la expectoración y broncorrea purulenta. En radiografía de tórax se objetivó engrosamiento intersticial con granuloma calcificado en lóbulo superior izquierdo. Tras toma para cultivo, se inició tratamiento corticoideo, que hizo mejorar el cuadro, pero la úlcera se hizo más extensa, apareciendo una nueva lesión eritematosa en el dorso del pie.

Dada la tórpida evolución de la úlcera y la persistencia del dolor a pesar de analgesia, se realizó simpatectomía lumbar, puesto que el dolor es modulado por el sistema nervioso simpático y su bloqueo pretende lograr la interrupción de las eferencias simpáticas que origina la disminución de resistencia periférica, con aumento de temperatura local y *stop* de las aferencias viscerales de los miembros inferiores que viajan con los nervios simpáticos (1).

Ante una nueva agudización respiratoria y pico febril, se solicitó estudio de galactomanano para *Aspergillus* en sangre, que resultó positivo, y se inició tratamiento con itraconazol 100 mg/12 h, 3-6 meses. Se solicitó cultivo de hongos, que fue negativo, y proteinograma en suero, que presentó una hipogammaglobulinemia del 6%. Se solicitó estudio de inmunoglobulinas, en el cual se detectó un déficit de IgG (414 mg/dl), IgG1 (293 mg/dl), IgG2 (92,8 mg/dl), IgM (30,2 mg/dl) e IgA (13,7 mg/dl).

### Diagnóstico

Aspergilosis sistémica secundaria a una probable inmunodeficiencia variable común (IVC). Se estableció tratamiento con inmunoglobulina humana con excelente evolución clínica y mejoría. Se dio el alta hospitalaria con el diagnóstico de úlcera atípica por hipogammaglobulinemia y aspergilosis sistémica.

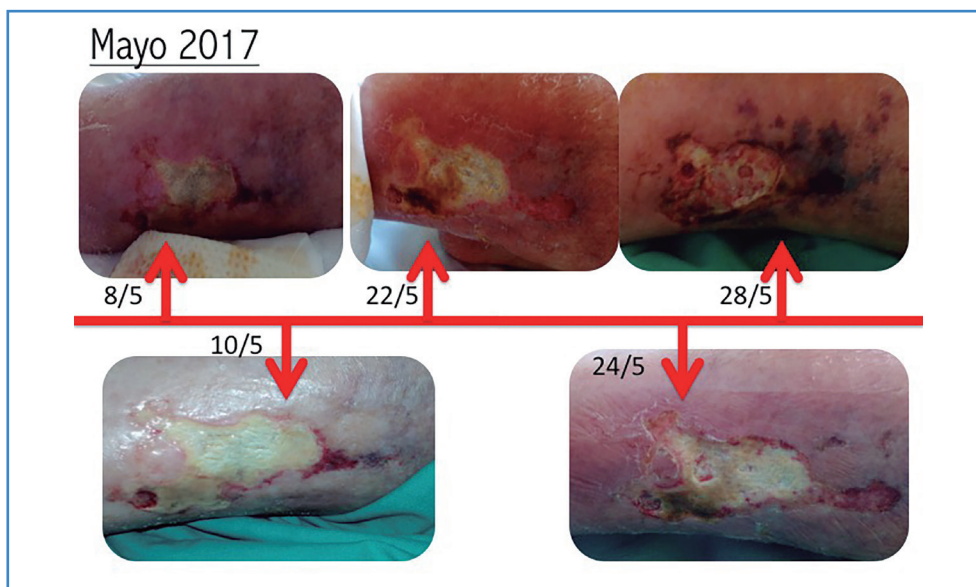


Figura 1. Evolución cronológica de la lesión en las dos primeras semanas.

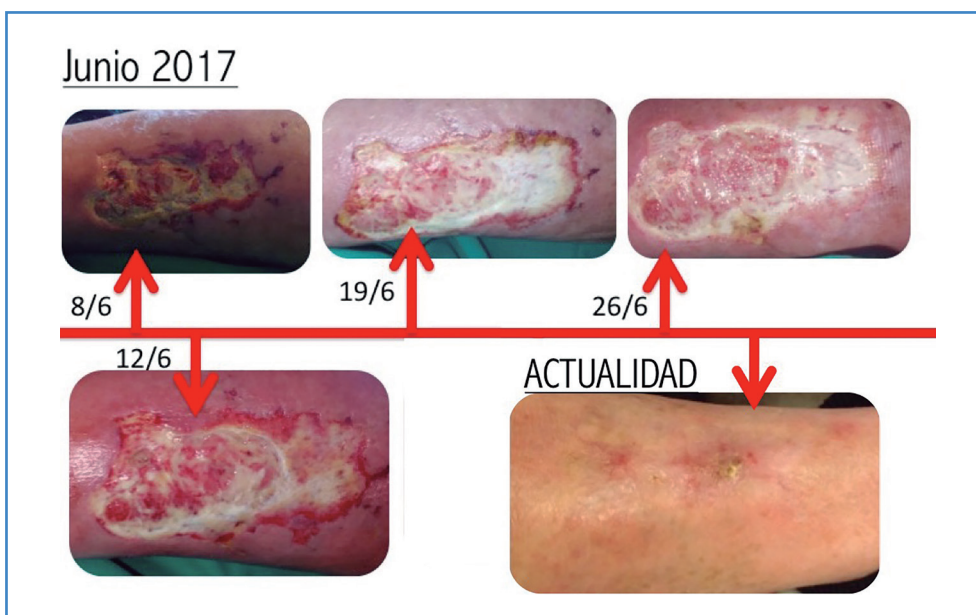


Figura 2. Evolución cronológica de la lesión en el segundo mes y actualidad.

### Evolución domiciliaria

El paciente ha reanudado su vida habitual. El galactomanano en sangre es negativo (criterio de curación) y se mantienen inmunoglobulinas sin complicaciones. Tras vacunación para gripe y neumococo, se encuentra en clase funcional I (NYHA) y sin ingresos hospitalarios.

### DISCUSIÓN

Las úlceras vasculares en extremidades inferiores responden mayoritariamente a insuficiencia venosa, enfermedad arterial o diabetes mellitus. Después de descartarse las causas más frecuentes con anamnesis, doppler, exudado, biopsia y valoración general de la úlcera, debemos seguir estudiando causas

menos probables como carcinomas, estados hipercoagulables, infecciones micóticas, discrasias sanguíneas, etc., sin limitarnos a clasificarla como "úlceras vascular" o "de causa indeterminada".

Así, se pretende jerarquizar la importancia de la correcta evaluación clínica del paciente a fin de detectar enfermedades cuyo diagnóstico permite pautar el tratamiento oportuno, evitar mayor morbimortalidad para el paciente y minimizar los costos de tratamientos innecesarios.

La IVC es una inmunodeficiencia primaria infrecuente, que se relaciona con cuadros clínicos de considerable relevancia. Suele presentarse en la segunda o tercera década de la vida, como infecciones de repetición, enfermedades autoinmunes, linfomas o malabsorción intestinal (2,3). En nuestro paciente resultan llamativos su diagnóstico tardío (76 años) y el hecho de no presentar clínica previa relacionada con inmunodeficiencia. Además, es poco frecuente su forma de presentación, primero como úlcera micótica y posteriormente con reagudización respiratoria por sobreinfección (aspergilosis broncopulmonar).

## CONCLUSIÓN

---

La mayoría de las úlceras vasculares de extremidad inferior corresponden a patología arterial, venolinfática y diabetes *mellitus* (4-7). Sin embargo, hay pacientes

con úlceras de otras etiologías. Por orden de frecuencia son: carcinomas (los más frecuentes, espinocelulares y basocelulares), hematológicas (síndrome antifosfolípido y trombofilias hereditarias), e infecciosas (inmunodeprimidos por hongos). Otro grupo de causas de menor incidencia son las úlceras posradiodermatitis, vasculitis livedoide y pioderma gangrenoso (8). Todas ellas se deben tener presentes en los planteos diagnósticos, dado que su omisión puede cambiar el pronóstico o llevar a un desenlace fatal.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Martínez-Pérez MJ, Franco-Grande A, Unzueta-Merino MC, Hervás-Puyal C, Villar-Landeira J. La simpatomía española de René Leriche. *Angiol* 2005;57(6):451-6.
2. Cunningham-Rundles C, Bodian C. Common variable immunodeficiency: clinical and immunological features of 248 patients. *J Clin Immunol* 1999;92:34-48.
3. Iglesias-Alzueta J, Matamoros-Flori N. Inmunodeficiencia variable común, Revisión. *Allergol Immunopathol* 2001;29:113-5.
4. Khachemoune A, Kauffman CL. Diagnosis of leg ulcers. *Internet J Dermatol* 2002;1:2.
5. Labropoulos N, Manalo D, Patel N. Uncommon leg ulcers in the lower extremity. *J Vasc Surg* 2007;45:568-73.
6. Lautenschlager S, Eichmann A. Differential diagnosis of leg ulcers. *Curr Probl Dermatol* 1999;27:259-70.
7. Martínez-Morán C, Company-Quiroga J, Alique-García S, Borbujo J. Etiología de las úlceras de las extremidades inferiores. *Piel* 2017;32:273-83.
8. Paquette D, Falanga V. Leg ulcers. *Clin Geriatr Med* 2002;18:77-88.