



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

CARTA AL DIRECTOR

Contestación a las consideraciones realizadas al manuscrito «Vasculitis leucocitoclástica secundaria a vacunación frente a SARS-CoV-2»



Response to the considerations made to the «Leukocytoclastic vasculitis secondary to vaccination against SARS-CoV-2» manuscript

Sr. Director:

Hemos leído con interés las consideraciones de Sookaromdee et al. sobre nuestro trabajo «Vasculitis leucocitoclástica secundaria a vacunación frente a SARS-CoV-2»¹. La Conferencia de Consenso Internacional de Chapel Hill de 2012² agrupó bajo el término vasculitis de órgano único a la arteritis cutánea, vasculitis primaria del sistema nervioso central, aortitis aislada y vasculitis leucocitoclástica cutánea (VLC). Esta entidad se asocia con un amplio espectro de afecciones sistémicas, neoplasias, infecciones o hipersensibilidad a fármacos³. En las distintas series, la incidencia de VLC inducida por fármacos varía del 8,7 al 20% de los casos, con una mayor tendencia en paciente en pacientes mayores de 65 años⁴. De ello se deduce que ante un paciente que desarrolla una VLC, se exige una profunda reflexión acerca de la etiología porque esta puede ser transitoria y reversible –origen farmacológico– o permanente –origen neoplásico, infeccioso o enfermedad autoinmune sistémica–.

En el caso que hemos presentado, como se puede observar, la paciente tenía como único antecedente una enfermedad de Parkinson sin cambios recientes en la medicación. En la anamnesis, que ha de ser detallada, no se obtuvieron datos compatibles con infección, enfermedad autoinmune sistémica ni neoplásica. No obstante, se solicitó estudio de autoinmunidad –anticuerpos antinucleares (ANA), anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), crioglobulinas y factor reumatoide (FR)– e infeccioso –virus A, B y c de la hepatitis, VIH, CMV, VEB, VHS I y II, *Mycoplasma pneumoniae*, *Borrelia burgdorferi* y *Brucella*– que resultó negativo y causas.

Se puede sospechar la etiología medicamentosa, muy especialmente si la aparición de la VLC ocurre entre los cuatro a siete y 21 días después de la primera dosis⁵. Según los algoritmos de Naranjo⁶ en el caso presentado, la relación de causalidad entre la vacuna ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) y el

VLC es probable. Es necesario remarcar que sin la reintroducción del fármaco, en este caso la vacuna –en la mayor parte de los casos, inaceptable desde el punto de vista ético–, la relación de causalidad probada o cierta no puede establecerse. Pero ante la ausencia de datos en la anamnesis que sugieran otra causa, así como la normalidad de los estudios realizados, creemos que la causa de la VLC en el caso presentado es la vacuna ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222).

Con independencia de lo anterior, queremos agradecer las consideraciones realizadas por Sookaromdee et al.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Martín Guerra JM, Moreta Rodríguez M. Vasculitis leucocitoclástica secundaria a vacunación frente a SARS-CoV-2. *Semerger*. 2022;48:e33–4.
- Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Flores-Suarez LF, et al. 2012 revised international Chapel Hill consensus conference nomenclature of vasculitides. *Arthritis Rheum*. 2013;65:1–11.
- Goeser MR, Lanioz V, Wetter DA. Practical approach to the diagnosis, evaluation, and management of cutaneous small-vessel vasculitis. *Am J Clin Dermatol*. 2014;15:299–306.
- Marie I, Mikolajcz S, Benichou J, Grassi V, Levesque H. Influence of age on characteristics of cutaneous vasculitis: a series of 132 patients. *Presse Med*. 2010;39:e247–57.
- Guillaume JC, Roujeau JC, Chevrand-Breton J, Revuz J, Souteyrand P, Albengres E, et al. Comment reconnaître une complication cutanée e après la prise d'un traitement. Application au purpura vasculaire. *Ann Dermatol Venerol*. 1987;114:721–4.
- Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther*. 1981;30:239–45.

J.M. Martín Guerra^{a,*} y M. Moreta Rodríguez^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javi6vega@hotmail.com (J.M. Martín Guerra).