

Actualidades sobre la vasculitis y la trombosis arterial causada por la infección del chikungunya

Current information about vasculitis and arterial thrombosis caused by chikungunya infection

David Ortiz Limonta^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7158-7695>

Lázaro Ibrahim Romero García¹ <https://orcid.org/0000-0002-3248-3110>

¹Hospital Provincial Saturnino Lora Torres. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: david.ortiz.limonta@gmail.com

Resumen

Introducción: La enfermedad causada por el virus chikungunya ha presentado un aumento considerable de casos en la provincia Santiago de Cuba en el último trimestre del año 2025, con formas de presentación vascular como la vasculitis infecciosa y la trombosis arterial aguda.

Objetivo: Describir las características clínicas de las vasculitis leucocitoclástica causada por la infección del virus chikungunya y las trombosis arteriales agudas provocadas por el mismo.

Método: Se realizó una investigación descriptiva, de serie de casos de una muestra aleatoria de 150 pacientes con diagnóstico de vasculitis y de trombosis arterial aguda causada por el virus chikungunya, atendidos por el servicio de Angiología del Hospital provincial “Saturnino Lora” de Santiago de Cuba, desde el 1 de octubre al 31 de diciembre del 2025.



Resultados: La vasculitis leucocitoclástica predominó en la fase aguda y crónica. La isquemia aguda por trombosis arterial fue un evento clínico grave en la infección por chikungunya, asociada a una elevada mortalidad del (30,0 %); de igual manera, 40,0 % de los egresados vivos fueron amputados.

Conclusiones: Se concluyó que los síntomas y signos de la vasculitis leucocitoclástica causada por el virus del chikungunya se presentan en la fase aguda, con relevancia de la pápula, el dolor y la púrpura palpable. La isquemia aguda por trombosis arterial, resultante de los cuadros de deshidratación por chikungunya, presentó complicaciones por amputaciones del miembro y elevado riesgo de muerte.

Palabras clave: trombosis; vasculitis leucocitoclástica cutánea; virus chikungunya

ABSTRACT

Introduction: The disease caused by the chikungunya virus has shown a considerable increase in cases in the province of Santiago de Cuba in the last quarter of 2025, with vascular presentations such as infectious vasculitis and acute arterial thrombosis.

Objective: To describe the clinical characteristics of leukocytoclastic vasculitis caused by chikungunya virus infection and acute arterial thrombosis caused by the same.

Method: A descriptive case series investigation was carried out on a random sample of 150 patients diagnosed with vasculitis and acute arterial thrombosis caused by the chikungunya virus, treated in the Angiology service of the "Saturnino Lora" Provincial Hospital de Santiago de Cuba, from October 1, to December 31, 2025.

Results: Leukocytoclastic vasculitis predominated in both the acute and chronic phases. Acute ischemia due to arterial thrombosis was a serious clinical event in chikungunya infection, associated with a high mortality rate (30.0%); similarly, 40.0% of those discharged alive underwent amputation.

Conclusions: It was concluded that the symptoms and signs of leukocytoclastic vasculitis caused by the chikungunya virus appear in the acute phase, with papules, pain, and palpable purpura being particularly prominent. Acute ischemia due to



arterial thrombosis, resulting from dehydration caused by Chikungunya, led to complications such as limb amputations and a high risk of death.

Keywords: thrombosis; vasculitis leukocytoclastic cutaneous; chikungunya virus.

Recibido:13/02/2026

Aprobado:22/05/2026

Introducción

La vasculitis leucocitoclástica se define como un proceso clínico-patológico caracterizado por la inflamación y necrosis de los vasos sanguíneos. Su causa es diversa e incluye infecciones, enfermedades del tejido conectivo, discrasias sanguíneas, neoplasias y la administración de determinados fármacos.

Cabe agregar que la trombosis arterial aguda, por su parte, se describe como la transición súbita de la claudicación intermitente, abierta o cerrada hacia el dolor en reposo, con la aparición de úlceras o gangrena isquémica. Este cuadro puede estar asociado a deshidratación, bajo gasto, discrasias sanguíneas, neoplasias y estados de trombofilia.

Igualmente, la vasculitis leucocitoclástica, también conocida como *venulitis cutánea necrotizante* (VNC), suele presentarse en asociación con enfermedades crónicas y puede ser precipitada por infecciones o medicamentos, aunque en ocasiones su origen permanece desconocido.⁽¹⁾ La afectación cutánea es frecuente en los distintos tipos de vasculitis, y en algunos casos constituye la única manifestación clínica. Predomina en



las extremidades inferiores y se caracteriza por inflamación necrotizante aguda de vasos de pequeño calibre.

El mecanismo básico se fundamenta en una reacción inmunológica: tras la exposición al antígeno se forman complejos antígeno-anticuerpo solubles que se depositan en la pared vascular, lo que activa el complemento.⁽²⁾ Este proceso se acompaña de una hemorragia y trombosis isquémica.

Desde el punto de vista clínico, la púrpura palpable y las lesiones urticariformes reflejan la afectación de las vénulas y la piel. El tejido celular subcutáneo también se daña con frecuencia, manifestándose en cambios de coloración, equimosis, necrosis y otras lesiones que pueden constituir la primera señal de una vasculitis sistémica o localizada.

Como puede observarse, el diagnóstico de la vasculitis cutánea representa un desafío, dada la variedad de sus manifestaciones y causas, así como la ausencia de criterios diagnósticos universalmente aceptados. En este contexto, la biopsia de piel adquiere una función fundamental, al permitir la confirmación anatomopatológica y la identificación del tipo histológico específico.

La vasculitis leucocitoclástica se reconoce como una vasculitis de pequeños vasos, con afectación predominante de capilares y vénulas.^(3,5) Entre los desencadenantes más frecuentes se encuentran infecciones virales y bacterianas —como el estreptococo beta hemolítico del grupo A, el *Staphylococcus aureus*, *Mycobacterium leprae*, los virus de hepatitis B y C, el VIH, *Neisseria meningitidis* y el virus de la fiebre de las Montañas Rocosas—, así como diversos fármacos: penicilinas, sulfonamidas, tiaminas, hidantoína, alopurinol, hidralazina, propiltiuracilo, estreptoquinasa recombinante, anticuerpos monoclonales y radioterapia.^(4,6)

En la infección por virus chikungunya, la deshidratación en pacientes con comorbilidades pueden precipitar isquemias agudas por trombosis arterial, sobre todo en el contexto de enfermedad arterial periférica por aterosclerosis ocluyente. Clínicamente, este cuadro se manifiesta con claudicación intermitente que progresa súbitamente a dolor en reposo, úlceras o gangrena isquémica, con riesgo de amputación y amenaza vital.



En la provincia de Santiago de Cuba, durante el último trimestre de 2025, se ha observado un incremento significativo de casos de infección por virus chikungunya. En este escenario, se informan lesiones compatibles con vasculitis leucocitoclástica y trombosis arterial aguda en extremidades inferiores.

Con el presente estudio se pretende describir las características clínicas de estas dos entidades —vasculitis leucocitoclástica y trombosis arterial aguda relacionada con la infección por chikungunya, con el objetivo de contribuir a esclarecer discrepancias diagnósticas y la falta de uniformidad en criterios clínicos. Se espera que este análisis favorezca un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, lo que reduce así complicaciones y mortalidad en los pacientes afectados.

Método

Se llevó a cabo una investigación de tipo observacional, descriptiva, de serie de casos, para describir las particularidades clínicas de las afecciones vasculares (vasculitis y trombosis arteriales agudas) resultantes de la infección por el virus chikungunya, en la población de pacientes atendidos en el servicio de Angiología y cirugía vascular del Hospital provincial “Saturnino Lora” de Santiago de Cuba, en el periodo de 1 de octubre al 31 de diciembre de 2025.

De una población infinita (por concepto) de pacientes infectados por el virus del chikungunya, se reclutó una muestra aleatoria de 150 pacientes con manifestaciones vasculares en la infección viral; 120 pacientes atendidos en el cuerpo de guardia médica en la consulta de síndrome febril con diagnóstico de vasculitis, seguidos por consulta externa de Angiología y 30 pacientes egresados de dicho servicio, con el diagnóstico de trombosis arterial aguda por chikungunya, donde las variables estudiadas fundamentales fueron los síntomas y signos de la vasculitis leucocitoclástica; la fase de infección viral y las manifestaciones vasculares; los síntomas y signos de trombosis arterial en cuadros de deshidratación en el período agudo de la infección por el virus chikungunya; la repercusión sobre las extremidades



y la vida de los pacientes con trombosis arterial con infección por el virus y el espectro de afecciones vasculares de la infección por chikungunya.

Se revisaron las historias clínicas de los enfermos, así como los informes operatorios y de las biopsias de piel en la fase crónica de aquellos pacientes aquejados de vasculitis leucocitoclástica, lo que permitió la recolección del dato primario. Fueron calculadas frecuencias absolutas y relativas como medidas de resumen para las variables cualitativas. Los resultados se presentaron en tablas estadísticas. Se respetaron los principios de la bioética establecidos en la Declaración de Helsinki para estos tipos de estudios, a saber: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Resultados

En la tabla 1 se reflejó la distribución de frecuencias según síntomas y signos y fase de la infección por el virus del chikungunya muestra predominio de pápulas (90,0 %), el dolor (90,0 %), la púrpura palpable (85,0 %), el livedo reticular (80,0 %) y el edema (80,0 %) en la fase aguda; tabla 1, imagen de ilustración figura 1a.

Las vasculitis leucocitoclásticas en los pacientes atendidos con las infecciones por chikungunya no tuvieron repercusión sobre las extremidades, la totalidad de los pacientes conservaron sus miembros, lo que dejó como secuela hiperpigmentación o cicatrices atróficas. La respuesta al tratamiento con antihistamínico de los pacientes con vasculitis fue del 90,0 % en el período agudo de la infección y del 10,0 % al esteroide en la fase crónica.

Tabla 1. Distribución de frecuencias según síntomas, signos y fases de la infección por el virus del chikungunya.

Síntomas y signos	Fases de la infección por Chikungunya			
	Aguda		Crónica	
	No.	%	No.	%
Pápulas	108	90	6	5



Dolor	108	90	54	45
Púrpura palpable	102	85	6	5
Livedo reticulares	96	80	6	5
Edema subcutáneo	96	80	24	20
Máculas	36	30	3	2,5
Ronchas o angioedema	24	20	3	2,5
Pústulas	12	10	48	40
Úlceras	6	5	42	35
Necrosis	6	5	3	2,5
Hiperpigmentación	6	5	48	40
Ardor	3	2,5	12	10
Prurito	3	2,5	6	5

Fuente: Historias clínicas.

Fig. 1a



Fig.1a:Vasculitis (lesión de púrpura, livedo reticular secundario a Chikungunya).

Fig. 1b



Fig.1b:Úlcera y gangrena isquémica por trombosis arterial secundaria a Chikungunya.

La tabla 2 mostró la frecuencia de presentación de los síntomas y signos de la trombosis arterial en cuadros de deshidratación, en fase aguda del chikungunya, en pacientes con antecedentes de enfermedad arterial periférica. La claudicación intermitente, que es signo patognomónico de la enfermedad arterial periférica y la ausencia de pulsos en las extremidades inferiores estuvo presente en la totalidad de los pacientes. Los síntomas y signos relacionados con isquemia crítica (el dolor en reposo) se presentó en la totalidad de los pacientes, seguido de la gangrena isquémica



y la úlcera isquémica en el 50,0 % y el 40,0 %; respectivamente; imagen de ilustración 1b.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de los síntomas y signos de trombosis arterial en cuadros de deshidratación en la fase aguda de la infección por el virus del Chikungunya.

Síntomas y signos	No. (n = 30)	%
Antecedentes de claudicación intermitente	30	100
Dolor en reposo	30	100
Ausencia de pulsos miembros inferiores	30	100
Frialdad	24	80
Palidez	24	80
Cianosis	24	80
Impotencia funcional	21	70
Úlcera isquémica	12	40
Gangrena isquémica	15	50

Fuente: Historias clínicas.

La isquemia aguda por trombosis arterial siempre es grave por sus causas y por sí misma. En la infección viral por chikungunya se acompaña de un cuadro clínico de deshidratación; los pacientes desarrollan un tránsito súbito y vertiginoso del estadio de claudicación intermitente al dolor en reposo o lesión por trombosis arterial de la circulación colateral convergente o divergente, que mantenía la extremidad en la enfermedad arterial crónica.

La mortalidad fue de un 30,0 %, (nueve pacientes), de ellos seis pacientes (66,7 %) fallecieron sin llegar a la cirugía. El 20,0 % de los pacientes sin amputación previa de la extremidad fallecieron antes de la cirugía. El 40,0 % de los egresados vivos con trombosis arterial fueron amputados; tabla 3.

Tabla 3. Distribución de frecuencias según la repercusión sobre las extremidades y la vida de los pacientes con trombosis arterial con infección por el virus del Chikungunya.



Repercusión sobre las extremidades y la vida	No.	%
Total de fallecidos con trombosis arterial; (n = 30)	9	30
Fallecidos con trombosis arterial sin pérdida de la extremidad	6	66,7
Fallecidos con trombosis arterial y amputados	3	33,3
Total de amputados con trombosis arterial; (n = 30)	15	50
Vivos y amputados	12	40

Fuente: Historias clínicas.

El espectro de las afecciones vasculares en las infecciones por chikungunya se refleja en la tabla 4 (informes de cada manifestación vascular en la bibliografía científica), donde predominan las vasculitis leucocitoclásticas en síntomas tempranos de la fase aguda de la enfermedad (100 %) y en síntomas tardíos de la fase crónica el 85,7 %, seguido de las trombosis arteriales con el 21,4 % y el 14,2 %, respectivamente. El síndrome de Raynaud estima el 7,1 % y el 21,4 % en relación con los síntomas tempranos y tardíos.

Tabla 4. Espectro de afecciones vasculares de la infección por chikungunya, según el informe de la bibliografía científica.

Afecciones vasculares	Afecciones vasculares			
	Síntomas tempranos		Síntomas tardíos.	
	No.	%	No.	%
Vasculitis leucocitoclástica	14	100	12	85,7
Trombosis arterial	3	21,4	2	14,2
Síndrome de Raynaud	1	7,1	3	21,4

Fuente: Historias clínicas.

Discusión

Los síntomas y signos de la vasculitis leucocitoclástica en el contexto de la infección por virus chikungunya se manifiestan principalmente en la fase aguda, durante las



tres primeras semanas. En este período predominan las pápulas, el dolor, la púrpura palpable y el livedo reticular. La púrpura palpable suele persistir entre una y cuatro semanas, desencadenando posteriormente en hiperpigmentación o cicatrices atróficas, acompañadas de ardor, prurito y dolor.

La fase crónica se estableció después de las ocho semanas, caracterizada por la persistencia del dolor y la aparición de pústulas, hiperpigmentación y úlceras, estas últimas consideradas signos y secuelas de la vasculitis.^(5,6) En todos los pacientes con vasculitis leucocitoclástica se realizó biopsia de piel en la fase crónica, lo que confirmó la inflamación de pequeños vasos sanguíneos —arteriolas y capilares— con mayor compromiso de las vénulas postcapilares.

Desde el punto de vista clínico, la vasculitis leucocitoclástica se distingue por un polimorfismo de lesiones que incluye pápulas, púrpura palpable, máculas, ronchas o angioedema, pústulas, úlceras, necrosis, livedo reticular y edema subcutáneo en el área afectada. Estas lesiones se localizaron con mayor frecuencia en los miembros inferiores, aunque también pueden observarse en la espalda y los glúteos.^(3, 7, 8)

La reacción viral desencadenó la formación de inmunocomplejos y la liberación de moléculas inflamatorias como serotonina e histamina, lo que contribuyó al desarrollo de la vasculitis. Los niveles elevados de estos mediadores favorecen la vasoconstricción inicial, lo que interrumpió el flujo sanguíneo.^(9,10,11)

El tratamiento no fue invasivo agresivo, dado que se trató de un proceso agudo autolimitado que afectó la piel y no representa amenaza de deterioro progresivo para la extremidad. Las medidas terapéuticas se basaron en reposo, evitar traumatismos, elevar los miembros inferiores y la administración de analgésicos, antihistamínicos y antiinflamatorios no esteroideos.^(12, 13,14)

Las isquemias agudas por trombosis arterial, en pacientes con deshidratación durante la infección por chikungunya y con comorbilidades como enfermedad arterial periférica por aterosclerosis ocluyente, se manifestaron con claudicación intermitente lo que desencadenó súbitamente un dolor en reposo, úlceras o gangrena isquémica. Este cuadro llevó a un estado de isquemia crítica de la extremidad y a



complicaciones graves como amputaciones, trombosis de grandes vasos e incluso la muerte.

Los pacientes ingresaron en estado grave, con repercusión hemodinámica causada por trastornos hidroelectrolíticos por deshidratación, agravados por el cuadro isquémico agudo de la extremidad.

El espectro de las afecciones vasculares periféricas asociadas a la infección por chikungunya ha sido descrito en diferentes investigaciones. Montiel Jarolín⁽¹⁵⁾ informó que la vasculitis leucocitoclástica constituyó una de las manifestaciones más frecuentes en la fase aguda, destacó la presencia de lesiones cutáneas polimórficas como pápulas y púrpura palpable. De manera similar, Fraticelli⁽¹⁶⁾ señaló que estas lesiones pueden persistir en fases crónicas, lo que confirmó el carácter prolongado de la respuesta inflamatoria desencadenada por el virus. Por su parte, Alpsy⁽¹⁷⁾ subrayó la importancia de reconocer complicaciones menos comunes, como el síndrome de Raynaud, que, aunque de menor incidencia, puede manifestarse en etapas tardías y afectar la calidad de vida de los pacientes. Finalmente, Zumaya Gómez y colaboradores⁽¹⁸⁾ destacaron que, además de la vasculitis, la trombosis arterial aguda constituye una complicación grave, vinculada a estados de deshidratación y comorbilidades, lo que incrementó el riesgo de amputaciones y mortalidad. En conjunto, estos hallazgos refuerzan la idea de que la vasculitis leucocitoclástica es la manifestación vascular más consistente en la infección por chikungunya, mientras que la trombosis arterial y el síndrome de Raynaud, aunque menos frecuentes, representan complicaciones relevantes que amplían el espectro clínico descrito en la bibliografía.

En Paraguay, Meza Gisselle⁽¹⁾ (2024) informó dos casos de vasculitis leucocitoclástica causadas por la infección del Chikungunya, destacó la relación directa entre la respuesta inflamatoria viral y la aparición de lesiones cutáneas persistentes. En Brasil, Oliveira⁽⁴⁾ (2023) describió manifestaciones extraarticulares vinculadas al mismo virus, lo que amplió el espectro clínico más allá de las lesiones cutáneas y confirmó la capacidad del chikungunya de afectar otros sistemas. Durante la pandemia de COVID-19, Martín Guerra y Moreta Rodríguez⁽⁹⁾ (2022) informaron casos de vasculitis



leucocitoclástica asociados a la vacunación frente al SARS-CoV-2, subrayaron que este tipo de reacción inmunológica no se limita a la infección viral, sino que también puede desencadenarse por estímulos inmunológicos externos como las vacunas. En conjunto, estos estudios refuerzan que la vasculitis leucocitoclástica es una manifestación vascular recurrente en distintos contextos epidemiológicos, mientras que las manifestaciones extraarticulares y las reacciones causadas por la vacunación prueban la diversidad de escenarios en los que puede presentarse.

En Cuba, durante el brote epidémico de 2015, Martínez Fernández⁽¹⁹⁾ y Restrepo Jaramillo⁽²⁰⁾ recogieron referencias de fiebre por chikungunya, aunque señalaron que las manifestaciones de vasculitis fueron escasas, lo que sugería un comportamiento clínico más limitado en aquel momento. Estos hallazgos contrastan con el contexto actual del brote epidémico de 2025 en Santiago de Cuba, donde se observó una mayor expresión de vasculitis leucocitoclástica. La diferencia entre ambos escenarios expuso la variabilidad en la presentación clínica del virus, posiblemente influida por factores epidemiológicos, inmunológicos y ambientales. En este sentido, la comparación con los informes previos permite reconocer que la vasculitis leucocitoclástica, aunque poco frecuente en el brote de 2015, se ha convertido en una manifestación vascular más evidente en el brote reciente, lo que marcó una brecha científica que requiere ser documentada y analizada con mayor profundidad.

El método clínico, que integra la anamnesis epidemiológica y el examen físico realizado por médicos de familia, clínicos, angiólogos y cirujanos vasculares, resultó esencial para identificar la expresión de las lesiones vasculares —vasculitis leucocitoclástica y trombosis arterial aguda—.

En conclusión, los síntomas y signos de la vasculitis leucocitoclástica en la infección por chikungunya se presentaron en la fase aguda, con predominio de pápulas, dolor, púrpura palpable y livedo reticular. La isquemia aguda por trombosis arterial en la deshidratación asociada a esta infección viral confiere un pronóstico sombrío, caracterizado por el estado crítico de la extremidad, la necesidad de amputaciones y un elevado riesgo de mortalidad.



Referencias bibliográficas

- 1.Meza G, Gill J, Agüero N, Celas L, Diez Pérez V. Vasculitis leucocitoclástica secundaria a la infección del virus chikungunya. Reporte de dos casos. Gaceta Dermatológica. 2024[citado 12/12/2025]; 17(1): 53-7. Disponible en: <https://gacetadermatologicaspd.org.py/index.php/gac/article/view/169/148>
- 2.Zumaya Gómez E, Quiroz Mejía R, Torres Díaz AA, Medel Baraja T. Vasculitis leucocitoclástica ampollosa inducida por antiinflamatorios no esteroideo. Med Int Méx. 2024[citado 12/12/2025]; 40(6): 379-87. Disponible en: <https://medicinainterna.org.mx/article/vasculitis-leucocitoclastica-ampollosa-inducida-por-antiinflamatorios-no-esteroides/>
- 3.Montiel Jarolín D, Torres de Taboada E, Arce Kita J, Jarolín Montiel M, Taboada Torres V, Fernando Sánchez L. Manifestaciones atípicas en pacientes con Chikungunya. Rev. Nac. (Itauguá). 2023[citado 14/12/2025]; 15(1): 68-81 Disponible en: <https://www.revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/view/100/85>
- 4.Oliveira JL. Manifestaciones extra articulares del chikungunya. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2023[citado 12/12/2025]; 56. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/fBdCSRdBqQrPjhdDwwVBFQx/?lang=en>
- 5.Sunderkötter C, Golle L, Pillebout E, Michl C. Fisiopatología y manifestaciones clínicas de las vasculitis por inmunocomplejos. Front. Med 2023[citado 10/11/2025]; 10:1103065. Disponible en: https://www.frontiersin.org.translate.google/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2023.1103065/full?xtr_sl=en&xtr_tl=es&xtr_hl=es&xtr_pto=tc
- 6.Alpsoy E. Vasculitis cutánea; un enfoque algorítmico para el diagnóstico. Front. Med. 2022 [citado 11/10/2025]; 9:1012554. Disponible en: https://www.frontiersin.org.translate.google/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2022.1012554/full?xtr_sl=en&xtr_tl=es&xtr_hl=es&xtr_pto=tc



7.Fraticelliti P, Benfaremo D, Grabrielli A. Diagnosis and management of leukocytoclastic vasculitis. Intern Emerg Med. 2021[citado 16/11/2025]; 16(4):831-41. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8195763/>

8.Albuquerque da Costa L, Bezerra Araújo Feitosa EM, Yamashita M, Cabral Andrade J, Leite de Sousa PV. Dengue associated with severe cutaneous leukocytoclastic vasculitis and pericardial effusion: a case report. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2020[citado 12/10/2025]; 62: e101. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7748033/>

9.Martin Guerra JM, Moreta Rodríguez M. Constatación a las consideraciones relacionadas al manuscrito Vasculitis leucocitoclástica secundaria a vacuna frente a SARS-CoV-2. Medicina de Familia SEMERGEN. 2022[citado 16/11/2025]; 48(8):101830. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-contestacion-consideraciones-realizadas-al-manuscrito-S1138359322002040>

10.Abdelmaksoud A, Wollina U, Temiz SA, Hasan A. SARS-CoV-2 vaccination-induced cutaneous vasculitis: Report of two new cases and literature review. Dermatol Ther. 2022[citado 16/11/2025]; 35(6): e15458. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9111803/>

11.Cotella JI, Sace AL, Sadarriaga CI, Pérez GE, Faria JM, Wyss F, et al. Chikungunya and the Heart. Cardiology. 2021 [citado 12/12/2025]; 146(3):324-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33789296/>

12.Maningding E, Kermani TA. Mimics of vasculitis Reumatología. 2021[citado 10/12/2025]; 60(1):34-47. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33167039/>

13.Skroza N, Berardini N, Balduzzi V, Mambrin A, Marchesiello A, Michelini S, et al, A late onset widespread skin rash in a previous Covid-19 infected. patient: viral or multidrug effect? J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020[citado 12/10/2025];34(9): e438-9. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7276891/>

14.De Castro AS, Nerys Costa CH, Lamounier Costa D, Barros Ibiapina A, da Silva CO, Costa JO, et al. Mapa de evidencia sobre tratamiento del Chikungunya. Rev Panam



Salud Pública. 2024[citado 11/10/2025]; 48:99. Disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/678b6109-bd38-42e8-aaad-115cf86fea0e/content>

15.Jimenez Canizales CE, Sarmiento Ospina AL, Chavarro Ordoñez R, Vásquez Serna H, Lasprilla Urrego MI, Montero Cruz E. Manifestaciones agudas en infección por virus del chikungunya en una ciudad endémica de Colombia. Rev Cuba Salud Pública. 2020[citado 16/11/2025]; 46(3): e1903. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46n3/e1903/es>

16.Torales M, Beeson A, Grau L, Galeano M, Ojeda A, Martinez B, et al. Notas de campo: Brote de chikungunya — Paraguay, 2022–2023. Morb Mortal Wkly Rep. 2023[citado 16/11/2025]; 72(23):636–38. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/pdfs/mm7223a5-H.pdf>

17.Bartholomeeusen K, Daniel M, La Beaud DA, Gasque P, Peeling RW. Chikungunya fever. Nat Rev Dis Primers. 2023 [citado 10/12/2025]; 9(1):17. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11126297/>

18.Fong SL, Wong KT, Tan CT. Dengue virus infection and neurological manifestations: an update. Brain. 2024[citado 10/12/2025]; 147(3): 830-38. Disponible en: <https://academic.oup.com/brain/article/147/3/830/7469371#>

19.Martínez Fernández L, Torrado Navarro YP. Fiebre chikungunya. Rev cuba med. 2015[citado 10/12/2025]; 54(1): 74-96. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232015000100008

20.Restrepo Jaramillo BN. Infección por virus del Chikungunya. CES Medicina. 2014[citado 10/12/2025]; 28(2): 313-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2611/261132654016.pdf>

Conflictos de intereses

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.



Contribución de autoría

David Ortiz Limonta: Conceptualización, curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Validación, Visualización, Redacción – borrador original. 60 %

Lázaro Ibrahim Romero García: Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Visualización, Redacción – borrador original. 40 %

Revisores: MsC. Ventura Puente Saní

Máster Yusimy Barrios Lopez

Corregido por: Lic Alexander Brossard Taureaux

