

---

*CASO CLÍNICO*

---

# Púrpura de Henoch-Schonlein Reporte de un caso y Revisión de Literatura

## Henoch-Schonlein Purpura. Case report

---

Francisco Rodríguez-Quiroz\*, Nery Cerrato\*\*

---

**RESUMEN.** Se presenta el caso de un niño de cuatro años con púrpuras palpable no trombocitopénicas, localizadas en miembros inferiores, glúteos, antebrazos, en parte baja del abdomen, de siete días de evolución; dolor en articulaciones de ambas rodillas con dificultad para deambular y ligero edema subpalpebral bilateral. Antecedentes de un cuadro respiratorio alto una semana antes, manejado con penicilina benzatínica una dosis. Durante su hospitalización presenta oliguria, hipertensión, dolor abdominal y un vómito con estrías sanguinolentas. Se decidió manejo con prednisona a 2 mg por kilo de peso al día y captopril y se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos. Se realizó prueba de función renal que fueron normales. El paciente evolucionó satisfactoriamente y a la semana se dio de alta en buenas condiciones, normotenso y con resolución de las lesiones purpúricas por lo que se inicia reducción gradual de esteroides.

**PALABRAS CLAVE:** Púrpura de Henoch-Schonlein. vasculitis leucocitoclástica.

**ABSTRACT.** A case of a four years old child with no thrombocytopenic palpable purpura located in lower limbs, gluteal, forearms and abdominal lower part of seven days of evolution pain in the joints of both knees, with difficulty to walk and light bilateral subpalpebral oedema. Eight weeks before he had respiratory infection, treated with one dose of benzatinic penicillin. During his hospitalization he had oliguria, hypertension, abdominal pain and vomit with blood stain striae. He was treated with prednisone for a dose of 1 mg per kg per day captopril for hypertension and he was moved to Intensive Care Unit. Renal function test was done and they were normal. The patient improvement and at a week he was discharged in good conditions, with a normal blood pressure and resolution of his purpura, starting a gradual steroid reduction.

**KEY WORDS:** Henoch-Schonlein purpura, leucocytoclastic vasculitis.

### INTRODUCCIÓN

La púrpura de Henoch-Schonlein es una enfermedad multisistémica que afecta piel, tracto gastrointestinal, articulaciones y riñón. La mayoría ocurre en niños menores de siete años con un rango entre los cuatro a siete años, aunque se han reportado casos en adultos. La relación masculino-femenino es de 1.5 a 2.0:1.0. otros nombres incluye púrpura anafilactoide, púrpura reumatoide o alérgica,

vasculitis leucocitoclástica y síndrome de Henoch-Schonlein (1). Se caracteriza por púrpura no trombocitopénica, lesiones cutáneas palpables, especialmente en las extremidades inferiores, pudiéndose extender a los glúteos y al abdomen (2), con artralgias o artritis en tres cuartas partes de los pacientes, dolor abdominal con hemorragia gastrointestinal y anomalías renales (2-6), menos comúnmente se encuentra invaginación, infarto y perforación intestinal.

\*Pediatra-Immunólogo. Departamento de Pediatría, Hospital de Especialidades Instituto Hondureño de Seguridad Social.

\*\*Residente 1 año de Postgrado de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Alteración renal (más a menudo glomerulonefritis) está presente en 10 a 30% pacientes y la hematuria puede ser el síntoma presente en forma más consistente, pudiendo ir desde hematuria microscópica en un 40%, síndrome nefrotico en un 30% proteinuria leve en un 25% y nefritis aguda con hipertensión en un 15% (1).

El cuadro histológico es una **vasculitis** necrotizante o leucocitoclástica con depósito de IgA en los vasos afectados y en el mesangio glomerular, aunque no es específico (7). La causa es desconocida aunque se ha asociado a infección por estreptococo, varicela, hepatitis B y Yersinia (4). También se ha asociado a hipersensibilidad a alimentos (4) y ciertos medicamentos como ampicilina, penicilina, eritromicina, quininas y clorpromazina (4,8). Se han asociado anticuerpos de tipo IgA contra citoplasma de neutrófilos (ANCA) (9). En general, el curso es autolimitado y el pronóstico es bueno. La presencia de enfermedad renal es el principal factor determinante en el pronóstico. Aproximadamente 1 a 2% de los pacientes tienen enfermedad renal persistente y constituyen un 3 a 15% de todos los niños que entran a un programa de diálisis (4). El tratamiento incluye medidas de soporte y la remoción o tratamiento de cualquier factor asociado como inyecciones o drogas. El uso de glucocorticoides es controversial y hay grupos que lo recomiendan y otros no lo utilizan. Un parámetro para utilizarlos es la afectación renal y el compromiso gastrointestinal donde algunos autores lo recomiendan especialmente en la nefrosis progresiva (10,11) otros agentes usados en casos severos incluye dapsona, azathioprina, ciclofosfamida, ciclosporina y plasmaféresis (1,2).

### CASO CLÍNICO

Masculino de cuatro años de edad, procedente de área urbana de Tegucigalpa con historia de una semana de evolución de obstrucción nasal bilateral, rinorea hialina y luego amarillenta, odinofagia, halitosis y fiebre no cuantificada continua. Cuarenta y ocho horas después aparecen discretas lesiones tipo petequias, localizadas en ambos glúteos, sin cambios inflamatorios, sin equimosis. Evaluado en consulta externa de Pediatría del Instituto Hondureño de Seguridad Social al tercer día de su **enfermedad**. Prescribiéndose analgésicos **tipo acetaminofen** y crema tópica de hidrocortisona. Al cuarto día las lesiones se extienden a extremidades inferiores por lo que le aplican una dosis de penicilina bezatínica. las lesiones siguen aumentando y se extienden a miembros superiores (antebrazos y manos), presentando en extremidades inferiores lesiones purpúricas algunas con vesículas centrales con líquido seroso, las que sobresalía sobre la piel y se palpaban sin desaparecer, acompañando al sexto día dificultad para deambular con dolor en articulaciones de ambas rodillas y leve edema subpalpebral bilateral por lo que se ingresa.

**Antecedentes personales:** producto del tercer embarazo, control prenatal adecuado sin patologías parto atendido por médico. Alimentado al seno materno por dos meses, luego leche maternidad hasta los seis meses y leche entera a partir del sexto mes. Esquema de vacunación completo según normas del Programa Ampliado de Vacunación (PAI). Antecedentes de faringoamigdalitis y adenoiditis a repetición.

**Examen Físico.** Paciente lúcido, no tóxico, frecuencia cardíaca 95 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, presión arterial 120/80, peso 19 kg., talla 104 cms. cabeza normal, garganta con hipertrofia de amígdalas grado III sin hiperemia ni secreción, nariz con costra seca en ambas fosas nasales adenopatía de 2 x 2 cm. En región submandibular izquierda, corazón normal, pulmones limpios, abdomen no masas ni visceromegalias, genitales normales, extremidades y piel con aumento de grosor de piernas, articulaciones de rodillas y tobillos en forma bilateral, con lesiones extensas maculo papulares purpúricas palpables, algunas confluentes de predominio en glúteos y extremidades inferiores.

**Exámenes.** Hematocrito 38 volúmenes por ciento, hemoglobina 13 gramos por dl, leucocitos 10,500/UL. neutrófilos segmentados 60.8%. linfocitos 34.7%, plaquetas 466,000/MI, nitrógeno uréico no se realizó por falta de reactivo, creatinina normal. ALT 13 mg/dL, AST 34mg/dL, PCR negativo, guayaco en heces negativo, sedimento urinario normal, C3 disminuido, C4 normal.

**Evolución.** Durante su ingreso presentó hipertensión arterial, oliguria, dolor abdominal y cuatro vómitos, dos de ellos con estrías sanguinolentas. Se indica nifedipina sublingual, captopril y prednisona a 2 mg/kg/día y se traslada a la Unidad de Cuidados intensivos. El paciente permanece hospitalizado una semana, lográndose normalizar la presión arterial, los **vómitos** y el dolor abdominal desaparecen y la diuresis se normaliza. No presento otras complicaciones ni se detectó alteraciones en el sedimento urinario, egresándose en buenas condiciones, ya sin medicamento antihipertensivo y a los 10 días se inicia reducción gradual de los esteroides. habiendo desaparecido sus lesiones al cabo de este tiempo y actualmente se encuentra en buenas condiciones.

## DISCUSIÓN

La púrpura de Henoch-Schonlein es una enfermedad multisistémica, catalogada como una vasculitis leucocitoclástica con depósitos de IgA en los vasos afectados y en el mesangio glomerular, aunque no es específico (7). La mayoría ocurre en niños menores de siete años, con un rango entre los cuatro a siete años, siendo la relación masculino-femenino de 1.5 a 2.0:1.0 (1). Se caracteriza por lesiones purpúricas palpables, especialmente en extremidades inferiores, pudiendo extenderse a glúteos y el abdomen (2). Otras características son artralgias o artritis dolor abdominal y alteraciones renales (3,4). No se conoce causa aunque se ha asociado a infección por estreptococo varicela, hepatitis B y Yersinia así como reacciones de hipersensibilidad a alimentos y ciertos medicamentos como ampicilina, eritromicina, quinina y clorpromazina (4,8). Hay controversia en cuanto al tratamiento con esteroides, ya que el curso generalmente es autolimitado y de buen pronóstico, sin embargo pueden existir complicaciones renales, pudiendo llegar de 1 a 2% con enfermedad renal persistente, constituyendo este grupo un 3 a un 15% de todos los niños que entran a un programa de diálisis (4). Es en este grupo donde se recomienda usar los glucocorticoides (10,11), también cuando hay compromiso gastrointestinal algunos autores lo recomiendan. En algunos casos severos se puede incluir dapsona, azathioprima, ciclofosfamida, ciclosporina y plasmaferesis.

En nuestro medio es poco lo que se encuentra publicado en la literatura nacional y el conocimiento de esta vasculitis es poco frecuente en la comunidad médica, pudiendo confundirse con otras patologías, como en este caso que se había catalogado como un prurigo por insectos, pero que posteriormente adquirió las características de una vasculitis, afectando además los glúteos y abdomen. Existe controversia en el manejo con esteroides y algunos autores no lo recomiendan, mientras que otros lo recomiendan cuando hay compromiso gastrointestinal y renal. En nuestro paciente asumimos que la propensión y la oliguria, así como el dolor abdominal y los vómitos con estrías de sangre constituían una clara indicación para el uso de esteroides, los cuales se iniciaron inmediatamente y la respuesta fue excelente, de tal

manera que en una semana las lesiones habían desaparecido casi en su totalidad, la presión se había normalizado, desapareció el dolor abdominal y el paciente pudo ser dado de alta. Concluimos que bajo estas condiciones debe usarse esteroides, pero que cuando las lesiones sólo son en piel, el manejo debe ser conservador y esperar una resolución espontánea.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Walker WA, Higuruchi LM. Henoch-Schoenlein syndrome. In: McMillan JA, De Angelis CD, Feigin RD, Warshaw JB (ed). *Oski's Pediatrics*. 1999. Lippincott Williams and Wilkins. Pp 2176-2379.
2. Gibson LE, Su WPD. Cutaneous vasculitis. In Hunder GG (ed). *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 1995, Philadelphia, W.B. Saunders. Pp **1097-1113**.
3. Goñiz LE. The vasculitis and their significance in the pediatric age group. *Dermatol Clin*. 1986; 4: 117-125.
4. Heng MCY. Henoch-Schoenlein purpura. *Br J Dermatol*. 1974; 109: 664.
5. Alien DM, Diamond LK, Howell DA. Anaphylactoid purpura in children (Henoch-Schoenlein syndrome). *Am J Dis Child*. 1960; 99: 147-168.
6. Henoch EHH, About a peculiar form of purpura. *Am J Dis Child*. 1974; 128:78-79.
7. Van Hale Hm, Gibson LE, Schoerer AL. Henoch-Schoenlein vasculitis: Direct immunofluorescence study of uninvolved skin. *J. Am Acad Dermatol*. 1986; 15:665-670.
8. Aram H. Henoch-Schoenlein purpura induced by chlorpromazine. *J. Am Acad Dermatol*. 1987; 17:139-140.
9. Wall Bake AVL, Lobato SS, et al. IgA antibodies directed against cytoplasmic antigen of polymorphonuclear leucocytes in patients with Henoch-Schoenlein purpura. *Adv Exp Med. Bio.* 1987; 215B: 1593-1598.
10. Rosenblum ND, Winter HS. Steroid effects on the course of abdominal pain in children with Henoch-Schoenlein purpura. *Pediatrics*. 1987; 79: 1018.
11. Szer IS. Henoch-Schoenlein purpura: when and how to treat. *J. Rheumatol*. 1996; 23: 1661.