

VASCULITIS DE SCHONLEIN-HENOCH: REPORTE DE UN CASO CLINICO

Henoch-Schönlein Purpura: Case reports

Diego Paul González, Ariel Ulises Martini, Carlos Federico Zenon
Dr. Néstor Adrián Fernández Céspedes

Lugar y fecha: Hospital "Dr. José R. Vidal" 2008

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente, de 35 años de edad de sexo femenino con diagnóstico de síndrome depresivo en tratamiento desde hace tres meses con fluoxetina 40 miligramos por día. Es internada por fiebre, odinofagia, dolor abdominal y artralgias generalizadas. Desde el primer día de internación presenta "púrpura palpable" en miembros inferiores; progresivamente las manchas purpúricas aparecen en glúteos, manos y tronco, sin presentar hemorragia digestiva.

Se ha discutido el cuadro clínico del paciente bajo investigación bibliográfica de las inflamaciones vasculares sistémicas y se ha concluido, que el mismo está de acuerdo con los signos y síntomas de la púrpura de Schönlein-Henoch. Al decidir la suspensión de fluoxetina el cuadro clínico fue atenuándose en forma progresiva.

SUMMARY

We present the case of one patient, 35 year old female diagnosed with a depressive syndrome treatment in the past three months with fluoxetine 40 milligrams daily. The patient was hospitalized with fever, odynophagia, abdominal pain and arthralgia widespread. From the first day of internment introduced palpable purpura in the lower limbs, gradually appear in the spots purpúricas buttocks, hands and trunk, she did not present gastrointestinal bleeding.

It has discussed the clinical picture of the patient under investigation acknowledged in systemic vascular inflammation and has concluded that it agrees with the signs and symptoms of the Schölein-Henoch purpura. In deciding to suspend the fluoxetine the clinical picture was easing gradually.

INTRODUCCION

La *púrpura de Schönlein-Henoch* es un cuadro de vasculitis generalizada que se caracteriza por la presencia de púrpura palpable (distribuida principalmente en las nalgas y los miembros inferiores), artralgias, signos y síntomas gastrointestinales y glomerulonefritis ⁽¹⁾. Es la causa más frecuente de púrpura no trombocitopénica y de vasculitis en niños, las edades más comúnmente afectadas son las comprendidas entre 2 y 8 años, La proporción varón-mujer es de 1.5:1. La presentación en adultos es rara ⁽²⁾. La etiopatogenia de la púrpura de Schönlein-Henoch es desconocida actualmente, aunque se postula que puede ser debida a una alteración inmunológica, ya que en esta enfermedad se han descrito una gran variedad de anomalías de la Inmunoglobulina A, se ha planteado una asociación entre esta respuesta inmunitaria alterada y una causa infecciosa y se han referido casos desencadenados por numerosas bacterias y virus, determinados fármacos, alimentos, vacunas, exposición al frío y picaduras de insecto. ⁽³⁾

PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Se presenta el caso de un paciente de 35 años, con el antecedente de síndrome depresivo y estar medicado con fluoxetina 40mg día, al momento de la internación presenta cuadro febril, odinofagia, dolor abdominal de gran intensidad, inicialmente en flanco izquierdo luego haciéndose difuso, artralgia y púrpura. No

habiendo antecedentes patológicos familiares de interés. Al examen físico: temperatura 38,5 °C, tensión arterial: 100/70 mmhg., frecuencia cardíaca: 100 latidos por minutos, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, aparato respiratorio y aparato cardiovascular: sin particularidades. Abdomen: doloroso a la palpación profunda en forma difusa, sin defensa. Hepatoesplenomegalia, ruidos hidroaéreos conservados. Piel: "púrpura palpable" en miembros inferiores a predominio de piernas, región glútea y tronco, así como en manos no respetando palmas ni plantas. Articulaciones: tumefacción articular a nivel de muñecas, articulación metacarpofalangica y tobillo.

Laboratorio: hematocrito: 46 %, hemoglobina: 14.3 g/dl., glóbulos blancos: 7.600 /mm³, eritrosedimentación: 110 mm/1^{ra} hora, glucemia: 100 mg/dl, uremia: 33 mg/dl, tiempo de protrombina: 13 segundos; tiempo parcial de tromboplastina diluida: 29 segundos; hepatograma: sin particularidades, amilasa: 64 UI/L; orina: ph: 5,3; densidad: 1024; proteínas: 0.5 g/l.; hemoglobina: + +; abundantes hematíes; cilindros hialinos: 1-3 por campo, cilindro granuloso: 2-4 por campo;

Serología para virus de la hepatitis B y C: negativas; serología para virus de inmunodeficiencia adquirida: negativa; factor antinuclear de neutrófilos: negativo; factor reumatoideo: negativo.

Biopsia cutánea: vasculitis leucocitoclástica con depósito de inmunoglobulina A visualizado

por inmuno-fluorescencia. Se asume el diagnóstico de púrpura de Schönlein-Henoch, se suspende la administración de fluoxetina 40 miligramos día, el cuadro clínico remite en forma progresiva y evoluciona satisfactoriamente en el término de 21 días.

Se evalúa en consulta durante un año no presentando recaídas ni afectación renal en ese período.

DISCUSION

Este caso nos ha incentivado a comunicar a la población médica sobre la púrpura de Schönlein-Henoch al ser una patología de baja incidencia, "rara", y de poco registro bibliográfico al respecto en pacientes de edad media, siendo su mayor incidencia en niños de entre 2 y 8 años⁽⁴⁾.

Entre el 10 al 40% de los pacientes presentan al menos una recurrencia en las seis semanas siguientes, y hasta un 5% pueden evolucionar hacia una glomerulonefritis en los 12 meses posteriores. El supuesto mecanismo patógeno de la púrpura de Schönlein-Henoch es el depósito de inmunocomplejos circulantes que contienen IgA⁽⁵⁾. Se sospecha que existen múltiples antígenos desencadenantes, como las infecciones de las vías respiratorias superiores, diversos fármacos como penicilina, ampicilina, eritromicina, sulfonamidas, alopurinol,

warfarina, acenocumarol, propiltiouracilo, quinidina y fluoxetina^(6,7), alimentos, picaduras de insectos e inmunizaciones.

La Púrpura de Schönlein-Henoch tiene comienzo agudo o insidioso, los síntomas pueden seguir una secuencia de semanas o meses, más de la mitad presenta febrícula y astenia⁽⁸⁾.

Entre 10 y 50% de los pacientes padecen lesiones renales, que se caracterizan por glomerulonefritis leve que origina proteinuria y hematuria microscópica, con cilindros de eritrocitos en la mayor parte de los casos; casi siempre se resuelve espontáneamente sin tratamiento. En raras ocasiones degenera en glomerulonefritis progresiva^(9,10). En los adultos los síntomas casi siempre reflejan las lesiones cutáneas y articulares y las molestias intestinales son menos comunes. Aunque según algunos estudios la nefropatía es más grave en los adultos.

El diagnóstico de púrpura de Schönlein-Henoch se basa en los signos y síntomas clínicos, la biopsia cutánea es de utilidad y rara vez se necesita biopsia renal para el diagnóstico⁽⁸⁾.

La mayoría de los pacientes se recupera completamente y algunos no necesitan tratamiento. Cuando se necesitan glucocorticoides se utiliza prednisona en dosis de 1 mg/kg de peso/día, que se reduce gradualmente según la respuesta clínica⁽¹¹⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Sneller MC, Langford CA, Fauci AS. Purpura de Schönlein-Henoch. En: Kasper LD, Fauci AS, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. et al., editores. Harrison principios de medicina interna. 16ª ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2005; vol. 2: 2211-2212
2. Miller ML, Pachman LM. Vasculitis. Púrpura de Schönlein-Henoch. Nelson. Tratado de Pediatría. 17ª ed. Madrid: Elsevier; 2005: 826-830
3. Mark A., Marinella M.D. Henoch-Schönlein Purpura. N. Engl. J. Med. 2005; 351:278-279
4. Shetty AK, Desselle BC, Ey JL, Correa H, Galen WK, Gedalia A. Infantile Henoch-Schönlein purpura. Arch Fam Med, Jun 2000; 9:553-6.
5. Shin JI, Kim JH, Lee JS. The diagnostic value of IgA deposition in Henoch-Schönlein purpura. Pediatr Dermatol. 2008 Jan-Feb; 25(1): 140-141.
6. Borrás-Blasco J, Girona E, Navarro-Ruiz A, Matarredona J, Gimenez ME, Gutiérrez A, Enriquez R, Martínez A. Acenocoumarol-induced Henoch-Schönlein purpura. Ann. Pharmacother., Feb 2004; 38: 261-4.
7. Baldessarrini R. Drugs and the treatment of psychiatric disorders. En: Hardman JG, Limbird LE, Goodman Gilman A, editors. Goodman and Gilman's The pharmacological basis of therapeutics. 10th ed. Mc-Graw-Hill. New York; 2001: 447-483
8. Ballinger S. Henoch-Schönlein purpura. Curr Opin Rheumatol, Sep 2003; 15: 591-594.
9. Hamdan JM, Barqawi MA. Henoch-Schönlein purpura in children. Influence of age on the incidence of nephritis and arthritis. Saudi Med J. 2008 Apr; 29(4):549-552.
10. Cots Vila J, Giménez Llorca A, Camacho Díaz JA, Santandreu AV. Nefropatía en la púrpura de Schönlein-Henoch: estudio retrospectivo de los últimos 25 años An Pediatr (Barc). 2007; 66(3):290-293.
11. Weiss PF, Feinstein JA, Luan X, Burnham JM, Feudtner C. Effects of corticosteroid on Henoch-Schönlein purpura: a systematic review. Pediatrics, Nov. 2007; 120: 1079-1087.