

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOC SCHONLEIN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010- 2017

Tesis presentada por la Bachiller:

Dueñas Mendoza, Annie Sheyla

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujana

Asesor: Dr. Barreda Vela Omar

Arequipa - Perú

2018



120

Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N°241 – FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis Titulado:

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA PURPURA DE HENOC SCHONLEIN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010 – 2017”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

ANNIE SHEYLA DUEÑAS MENDOZA


Nuestro dictamen es:

Favorable

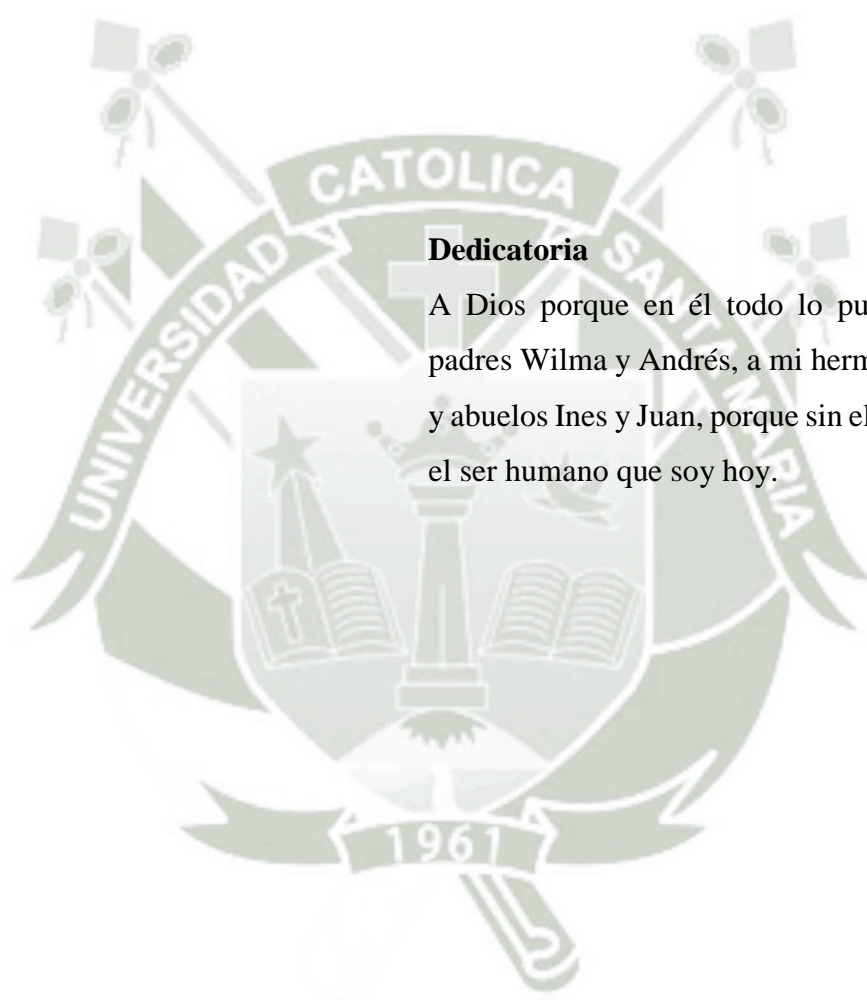
OBSERVACIONES:

Arequipa, *19 de mayo 2018*

[Firma]
DRA. FREDY FUENTES FUENTES
Dra. FREDY FUENTES FUENTES
MÉDICO NEONATOLOGÍA
ESSALUD

[Firma]
DR. FREDY ALBERTO FUENTES RUEDA
Dr. FREDY FUENTES RUEDA
MÉDICO ASISTENTE NEONATOLOGÍA
CMP: 14068 RNE: 15865
HNCASE 

[Firma]
DR. GERMAN VARGAS OLIVERA
Mgter. Germán Vargas Olivera
Director Académico (e)
Universidad Católica de Santa María



Dedicatoria

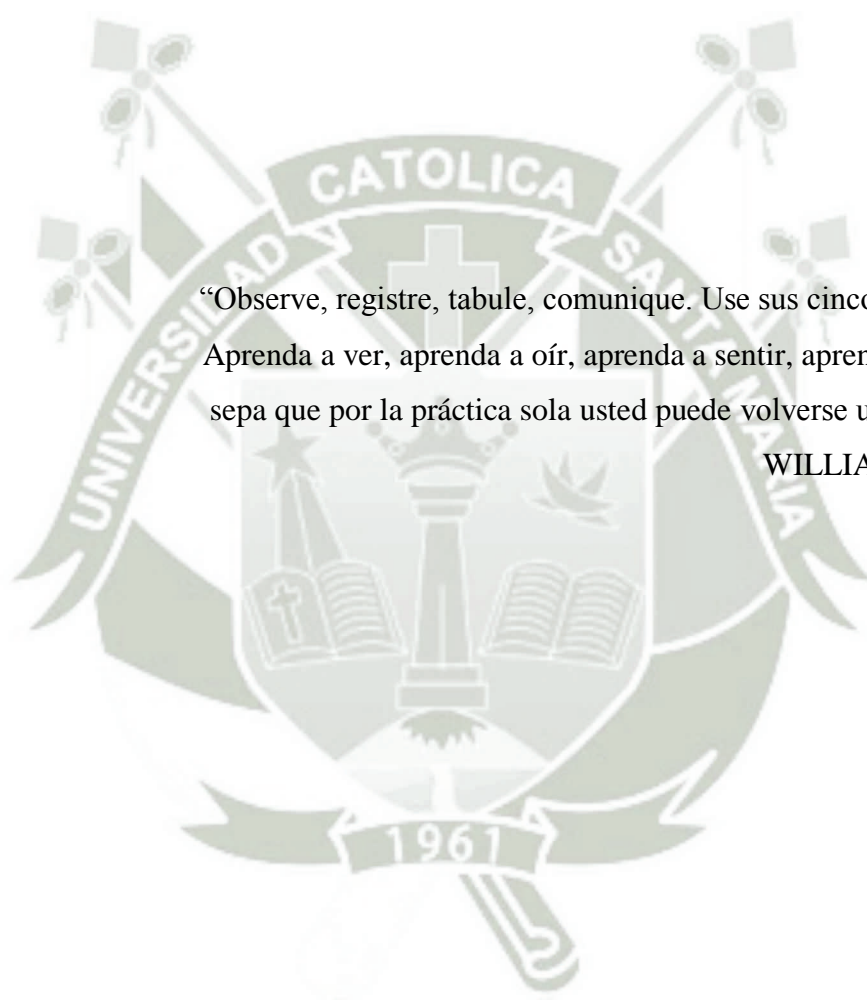
A Dios porque en él todo lo puedo; a mis padres Wilma y Andrés, a mi hermana Delani y abuelos Ines y Juan, porque sin ellos no sería el ser humano que soy hoy.

Agradecimiento

A mi familia por su apoyo, comprensión, afecto y confianza, por forjar con esfuerzo los cimientos de mi vida.

A los Doctores y grandes maestros que guiaron con paciencia y entusiasmo mi aprendizaje.

A mis amigos, compañeros de victorias y derrotas, de amanecidas y luchas incesantes por seguir el paso de nuestros sueños.



“Observe, registre, tabule, comunice. Use sus cinco sentidos...
Aprenda a ver, aprenda a oír, aprenda a sentir, aprenda a oler, y
sepa que por la práctica sola usted puede volverse un experto.”

WILLIAM OSLER

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II RESULTADOS	4
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	24
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXOS.....	40
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	41
ANEXO 02 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	43

RESUMEN

“Características Clínico Epidemiológicas, Tratamiento y Seguimiento de la Purpura de Henoch Schonlein en población pediátrica atendida en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2010-2017”

Introducción: La purpura de Henoch Schonlein es una enfermedad sistémica caracterizada por ser una vasculitis leucocitoclástica con depósitos de inmunocomplejos de inmunoglobulina A en vasos de pequeño calibre que afectan en su mayoría a piel, tubo digestivo, articulaciones, riñones y en casos más raros escroto, pulmones y sistema nervioso. Es la vasculitis más frecuente en pediatría que abarca edades en su mayoría entre los 3 a 10 años, con predominancia en el sexo masculino, esta enfermedad se autolimita a las 3 o 4 semanas de iniciado el cuadro sin embargo se recomienda mantener seguimiento de la función renal por un mínimo de 6 meses. **Objetivos:** Identificar las características clínico epidemiológicas, el tratamiento más utilizado y si se realizó un adecuado seguimiento en los pacientes con diagnóstico de Púrpura de Henoch Schonlein atendidos en el servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado. **Metodología:** éste es un estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo, en donde se realizó una revisión documental de 38 pacientes de edades entre 0 a 15 años con el diagnóstico de Purpura de Henoch Schonlein atendidos en el H.R.H.D. entre los años 2010 a 2017, registrando la información en fichas de recolección para su análisis. **Resultados:** El 65.8% de total fueron de sexo femenino y 34.2% de sexo masculino con una proporción entre si de 1.9:1, la patología mostró mayor afluencia de casos en edades de 4 a 6 años representando el 44.7% del total, también se evidencio que hubo una mayor frecuencia de casos presentados en los meses de julio, agosto y setiembre (invierno) equivalente al 36.8%. El 50.0% de pacientes coinciden con el antecedente predisponente de infección del tracto respiratorio alto. Dentro de la manifestaciones, la purpura está presente en el 100% de casos cumpliendo con los criterios diagnósticos afectando miembros inferiores al 100% y glúteos al 50%, dichas lesiones en un 28.9% se acompañan de prurito; el dolor articular está presente en el 76.3% siendo el 86.2% oligoarticular y afectando en su mayoría tobillos y rodillas; el dolor abdominal se presentó en el 60.5% caracterizado por ser de tipo cólico y localizarse en mesogastrio, el 15,8% del total de casos presentaron hemorragia digestiva; el 23.68% presentó manifestaciones renales en

donde la hematuria aislada fue el signo mas frecuente con 44.4%. La purpura fue la primera en aparecer en el 63.2%. No hay relación significativa entre las manifestaciones clínicas y el sexo, en cuanto a su relación con la edad existe mayor frecuencia de manifestaciones renales en pacientes mayores de 6 años ($p < 0.05$). El 65.8% de pacientes recibieron tratamiento durante su hospitalización con corticoides, solo en el 36.8% existe registro en las historias clínicas de algún control por consultorio externo post alta hospitalaria y se encontró recurrencia en el 5,3% de pacientes.

Palabras clave: Púrpura de Henoch Schonlein, vasculitis de IgA, Púrpura alérgica



ABSTRACT

"Epidemiological Clinical Characteristics, Treatment and Follow-up of the Purpura of Henoch Schonlein in pediatric population attended at the Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2010-2017"

Introduction: Henoch Schonlein purpura is a systemic disease characterized by a leukocytoclastic vasculitis with deposits of immunoglobulin A immunocomplexes in small vessels that mostly affect the skin, digestive tract, joints, kidneys and in more rare cases scrotum, lungs and nervous system. It is the most frequent vasculitis in pediatrics that ages mostly between 3 years, with predominance in the male sex, this disease is self-limited at 3 or 4 weeks after the onset of the symptoms, however a follow-up of renal function is needed. a minimum of 6 months. Objectives: To identify the epidemiological clinical characteristics, the most used treatment and if an adequate follow-up was performed in patients diagnosed with Henoch Schonlein Purpura treated in the pediatric service of the Honorio Delgado Regional Hospital. Methodology: this is a retrospective, observational, cross-sectional, descriptive study, in which a documentary review of 38 patients aged 0 to 15 years with the diagnosis of Henoch Schonlein Purpura treated at H.R.H.D. between the years 2010 to 2017, recording the information in collection files for analysis. Results: 65.8% of the total were female and 34.2% male with a ratio of 1.9:1, the pathology was greater than age of cases in ages of 4 to 6 years, representing 44.7% of the total, it was also evidenced that there was a higher frequency of cases presented in the months of July, August and September (winter) equivalent to 36.8%. 50.0% of patients coincide with the predisposing antecedent of upper respiratory tract infection. Within the manifestations, the purple is present in 100% of cases fulfilling the diagnostic criteria affecting 100% limbs and 50% glutes, said lesions in 28.9% are accompanied by pruritus; joint pain is present in 76.3%, being 86.2% oligoarticular and affecting mostly ankles and knees; abdominal pain was present in 60.5% was characterized by colic type and located in mesogastrium, 15.8% of all cases had gastrointestinal bleeding; 23.68% of the renal manifestations in which hematuria was the most frequent sign with 44.4%. Purple was the first to appear in 63.2%. There is no significant relationship between clinical manifestations and sex, in terms of its relationship with age there is a higher frequency of renal manifestations in patients older than 6 years ($p < 0.05$). 65.8% of

patients received treatment during their hospitalization with corticosteroids, only in 36.8% there is a record in the clinical records of some control by an outpatient post-discharge clinic and recurrence was found in 5.3% of patients.

Key words: Henoch Schonlein purpura, IgA vasculitis, Allergic purpura



INTRODUCCIÓN

La purpura de Henoch Schonlein es una vasculitis sistémica leucocitoclástica en donde se evidencia el depósito de inmunoglobulina A en vasos de pequeño calibre que afecta a piel, tubo digestivo, articulaciones, riñones y a otros órganos en menor frecuencia como escroto, pulmones y sistema nervioso. Es la vasculitis más frecuente en pediatría entre las edades de 3 a 15 años con picos en los 4 a 6 años, a predominio del sexo masculino, la prevalencia varía de 6 a 20 por 100 000 niños. Es habitual en las estaciones de invierno, otoño y primavera, posiblemente asociado al aumento de infecciones en estas épocas del año. La etiología de esta enfermedad no es clara sin embargo se han relacionado a desencadenantes como infecciones del tracto respiratorio alto, uso de medicamentos, picaduras de insecto, vacunas entre otros. En su mayoría se autolimita a las 3 a 4 semanas de iniciado el cuadro, los pacientes con síntomas leves responden bien al tratamiento conservador que gira en la idea de mantener una buena hidratación, analgesia y reposo, algunos estudios refieren que el uso de corticoides en la terapia disminuye los síntomas con mayor rapidez pero no interviene en el curso de la enfermedad, por lo que se reserva para casos severos. Se sabe que las manifestaciones renales tienen relación con el mal pronóstico de la patología, aunque la progresión a enfermedad renal crónica es menos frecuente en niños que en adultos, es recomendable mantener el seguimiento de los pacientes y monitorear la función renal como mínimo por 6 meses, ya que el 97% de afectación renal se presentó dentro de este lapso de tiempo. Solo un tercio de pacientes presenta recurrencia dentro de los 4 meses posteriores a la presentación inicial, con un cuadro de menor intensidad y duración.

La presente investigación se realizó motivado para la actualización de los datos concernientes a esta enfermedad, si bien se han establecido criterios diagnósticos, resulta importante conocer la conducta de esta patología relacionada a las características sociodemográficas y genéticas de nuestra población, lo cual es difícil debido a los escasos estudios realizados hasta la fecha. El presente está dirigido a producir información útil que puede ser aplicada por los médicos de nuestra comunidad para la mejor comprensión y elección de la terapéutica adecuada además de mejorar el diagnóstico de la patología tomando en cuenta la frecuencia y la forma

de presentación de los criterios en nuestra población, así mismo darle relevancia al beneficio que trae realizar un seguimiento con el que podríamos prevenir futuras complicaciones, lo cual significaría una ventaja socioeconómica.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas: se utilizó la observación documental para la recolección de datos

1.2. Instrumentos: Ficha de recolección de datos basada en las variables e indicadores establecidos en el proyecto.

1.3. Materiales:

- Material de escritorio
- Ficha de recolección de datos
- Recursos humanos
- Historias clínicas
- Computadora con software de procesamiento de textos y procesamiento estadístico

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado- Arequipa

2.2. Ubicación temporal:

Es un estudio retrospectivo y transversal, que implicó la observación y revisión de historias clínicas en un periodo de ocho años, del 2010 al 2017.

2.3. Unidades de estudio:

Universo: Población pediátrica de 0 a 15 años de edad atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado entre el 2010 al 2017

Muestra: toda la población pediátrica que cumpla con los criterios siguientes:

Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos en el H.R.H.D. en un periodo que abarca desde el 2010 al 2017.

- Pacientes entre 0 a 15 años al momento de su hospitalización.
- Con el diagnóstico de Purpura de Henoch Schonlein al egreso figurado en su historia clínica y registrado en el sistema con el código D69.0 o D69.2 y que al ser examinado presenta clínica de dicha patología.
- Pacientes que presentaron un recuento de plaquetas dentro de los valores normales para su edad.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas, o con letra poco ilegible
- Paciente fugado.

3. **Tipo de investigación:** el estudio presente es una investigación de campo aplicada, de diseño observacional, retrospectivo transversal descriptivo.

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

- Una vez que fue aprobado el proyecto de tesis, se procedió a solicitar la autorización respectiva al Director del Hospital Regional Honorio Delgado y a los respectivos jefes de los servicios de Estadística y Pediatría, para obtener el acceso a las historias clínicas.
- Se coordinó con el Jefe de estadística, y se realizó la búsqueda de las historias clínicas que figuren en el sistema con el código de egreso D69.0 (púrpura alérgica) y D69.2 (otras púrpuras no trombocitopenica), debido a que la codificación de dichas historias es realizada por el personal de estadística y era probable que al no tener la Purpura de Henoch Schonlein un CIE10 propio, variara en cierto porcentaje la presencia de casos por un error en la codificación lo que sucedió en 2 casos.
- De las 42 historias registradas en el sistema con dichos códigos, solo 38 cumplieron con los criterios de inclusión, dos fueron reportadas como extraviadas y dos no cumplieron con los criterios.

- Se utilizó una ficha de recolección para cada paciente, en donde se extrajeron datos y se ordenó la información según cada variable.
- Con los datos obtenidos se continuó con el procesamiento, análisis e interpretación de los mismos.

4.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigador: Annie Sheyla Dueñas Mendoza
 - Asesor: Omar Barreda Vela
- b) Económico:
Autofinanciado

5. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de procesamiento

Los datos obtenidos por el Anexo 01, fueron tabulados y codificados según sus variables para proceder a su análisis estadístico e interpretación.

b) Plan de clasificación

Se empleó una matriz de sistematización de datos diseñada en una hoja de cálculo electrónica de Excel 2013 en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada ficha de recolección.

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

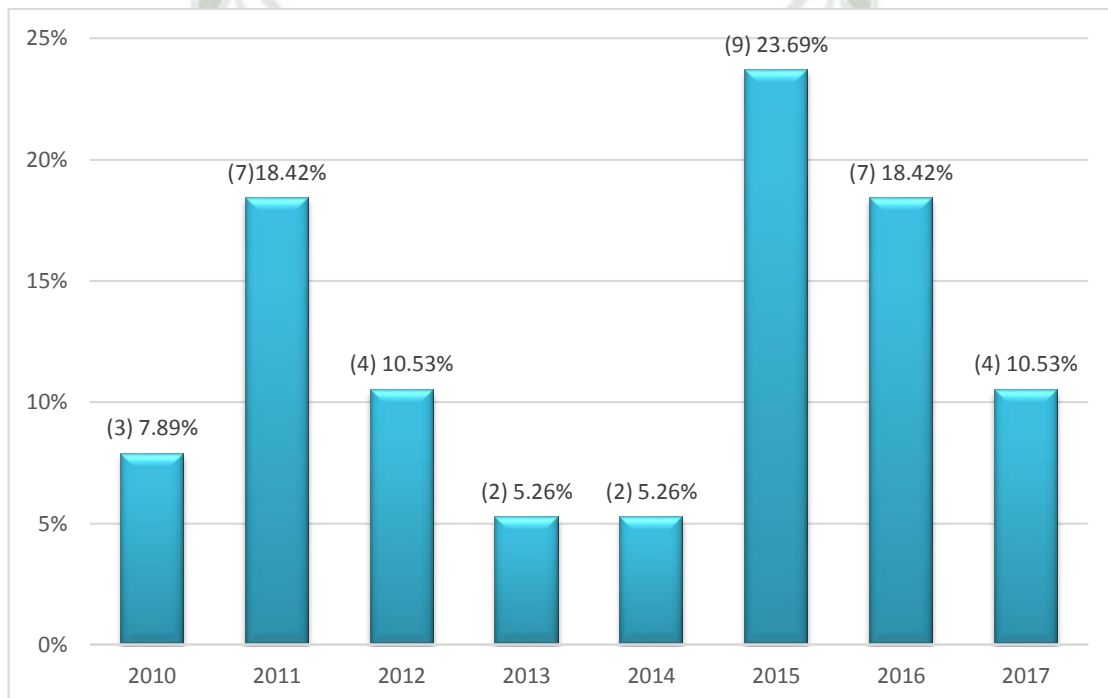
Para el análisis de datos fue empleada la hoja de cálculo de Excel 2013, complementando la analítica de las variables con programas de estadística descriptiva (software SPSS v.24) para las distintas variables estudiadas.



CAPÍTULO II
RESULTADOS

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

GRÁFICO 1
**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS: PÚRPURA DE HENOCH
SCHONLEIN POR AÑO**



Fuente: elaboración propia

Gráfico 1. Se aprecia que hay mayor afluencia de casos en el año 2015 representando el 23.69% del total, mientras que en otros años como el 2013 y 2014 no llegó a más del 5.26%

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

TABLA 1

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS: EDAD Y GÉNERO

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Menos de 3 a	2	5.26%	1	2.63%	3	7.9%
4 - 6 a	5	13.16%	12	31.58%	17	44.7%
7 - 9 a	3	7.89%	9	23.69%	12	31.6%
10 - 12 a	3	7.89%	3	7.89%	6	15.8%
13 – 15 a	0	0	0	0	0	0%
Total	13	34.2%	25	65.8%	38	100.00%

$\chi^2 = 2.695$

G. libertad = 3

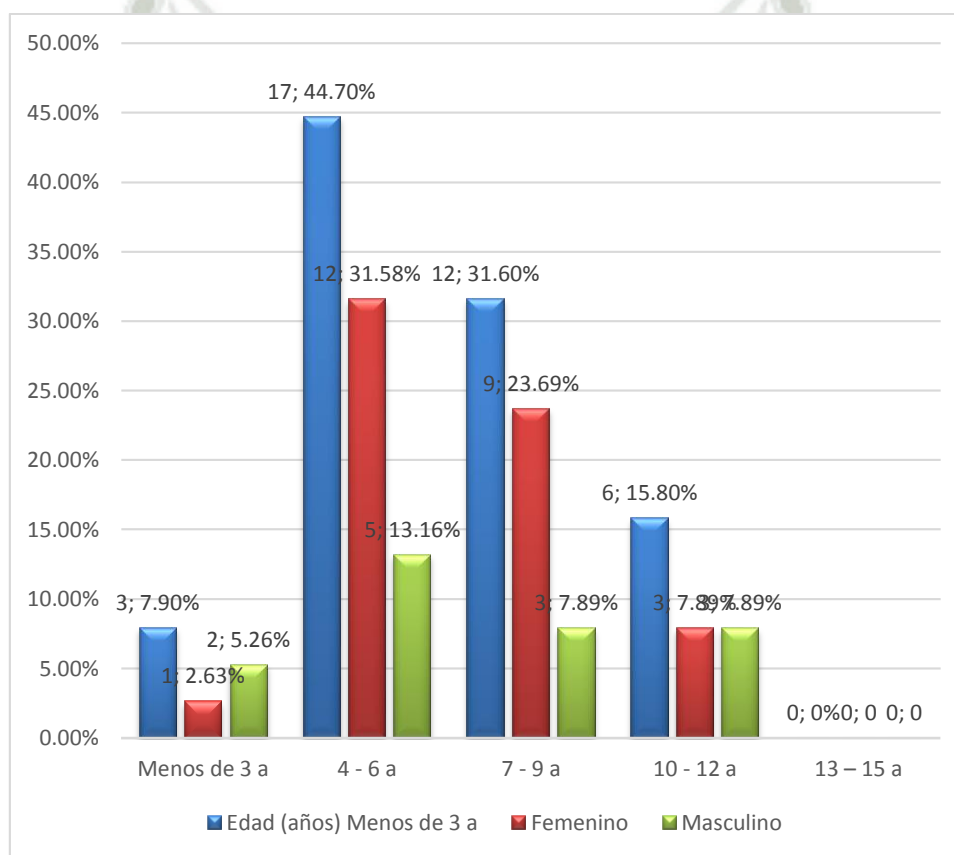
p = 0.441

Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

GRÁFICO 2

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS: EDAD Y SEXO



Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- 6.87 \pm 2.79 años (1 – 12 años)

Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

TABLA 2

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS: PROCEDENCIA Y AÑO

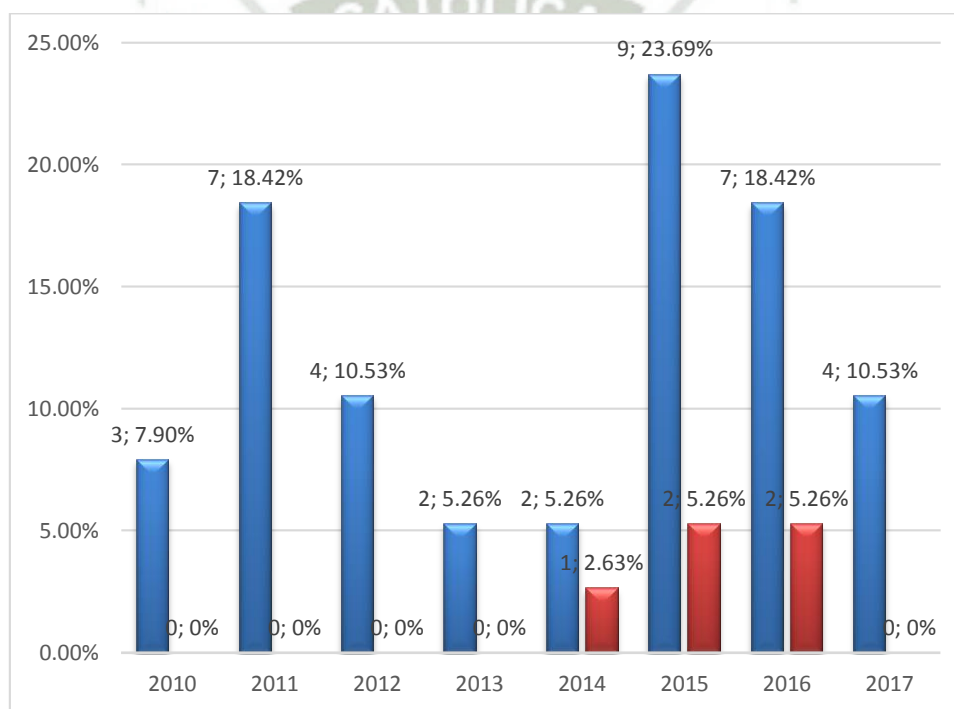
AÑO	PROCEDENCIA				TOTAL	
	AREQUIPA		OTROS		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
2010	3	7.9%	0	0%	3	7.9%
2011	7	18.42%	0	0%	7	18.42%
2012	4	10.53%	0	0%	4	10.53%
2013	2	5.26%	0	0%	2	5.26%
2014	1	2.63%	1	2.63%	2	5.26%
2015	7	18.42%	2	5.26%	9	23.69%
2016	5	13.16%	2	5.26%	7	18.42%
2017	4	10.5%	0	0%	4	10.53%
TOTAL	33	86.84%	5	13.16%	38	100.0%

Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

GRÁFICO 3.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS: PROCEDENCIA Y AÑO



Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

TABLA 3.

**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS: ESTACIÓN DEL AÑO Y
ANTECEDENTE PREDISPONENTE**

ESTACION	ANTECEDENTE DE INFECCIÓN RESPIRATORIA					
	SI		NO		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRIMAVERA	2	5.26%	5	13.16%	7	18.42%
VERANO	3	7.90%	6	15.80%	9	23.69%
OTOÑO	5	13.16%	3	7.90%	8	21.10%
INVIERNO	9	23,69%	5	13.16%	14	36.84%
TOTAL	19	50%	19	50%	38	100%

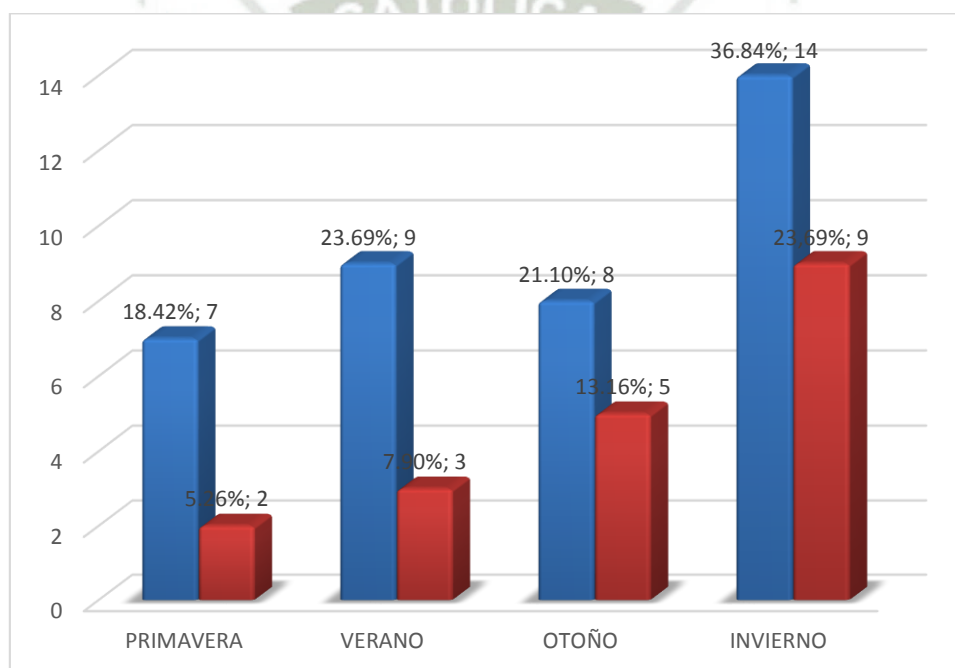
$\chi^2 = 3.929$ G. libertad = 3 $p = 0.269$

Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

GRAFICO 4.

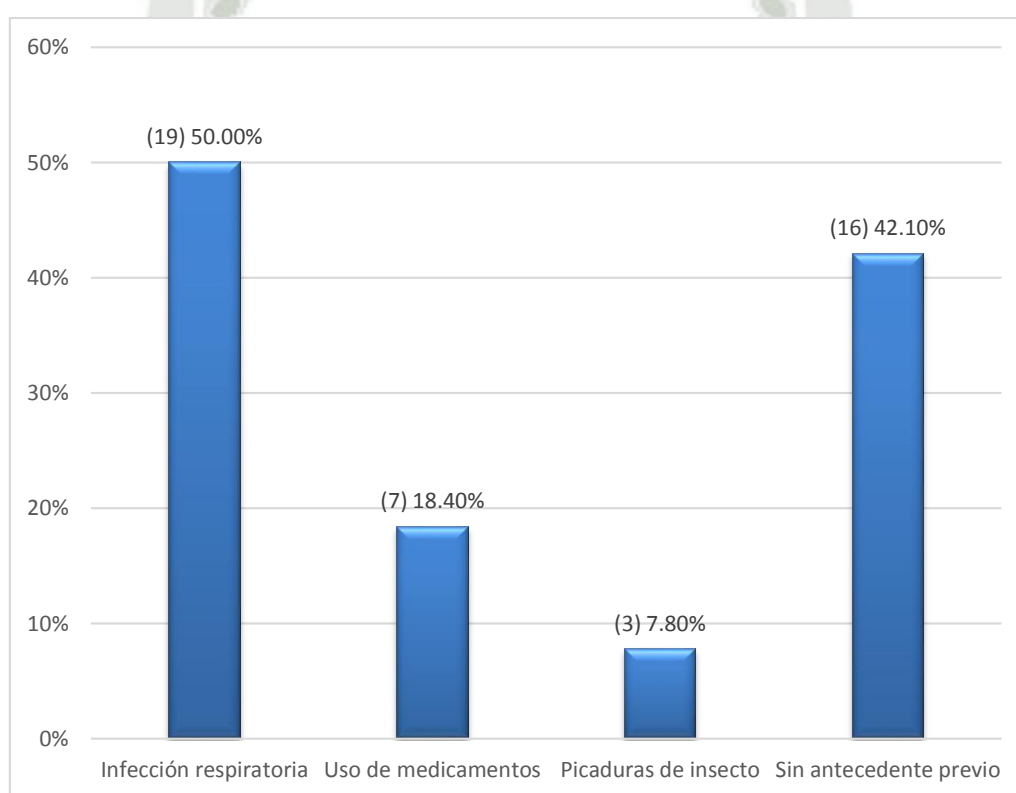
**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS: ESTACION DEL AÑO Y
ANTECEDENTE PREDISPONENTE**



Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

**GRÁFICO 5.
ANTECEDENTES PREDISPONENTES**



Fuente: elaboración propia

Gráfico6. Se observa una mayor incidencia de casos (50%) que reportan como antecedente del cuadro inicial, a la infección del tracto respiratorio alto; es importante resaltar que el 18.4% de pacientes que recibieron medicamentos fueron iniciados como tratamiento de la infección respiratoria.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

**TABLA 4.
CARACTERÍSTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD**

Característica		N°	%
M. dérmicas		38	100%
Localización	Miembros inferiores	38	100%
	Glúteos	19	50%
	Miembros superiores	4	10.50%
	Abdomen	9	23.70%
	Otros	5	13.16%
	M. articulares	29	76.3%
Tipo	Artritis	18	62.1%
	Artralgia	11	37.9%
Localización	Tobillo	26	89.7%
	Rodilla	20	69%
	Muñeca	6	20.7%
	Codo	3	10.3%
	N° de art.	Oligoarticular	25
	Poliarticular	4	13.8%
M. gastrointesti.		23	60.53%
	Dolor abdominal	22	95.7%
	Nauseas/vómitos	16	69.6%
	Diarrea	6	26.1%
	Hemorragia digestiva	6	26.1%
M. renales		9	23.68%
	Hematuria	4	44.4%
	Proteinuria	2	22.2%
	Hematuria + proteinuria	3	33.3%
	HTA	2	22.2%

Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

GRÁFICO 6

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD



Fuente: elaboración propia.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

TABLA 5.

CARACTERISTICAS CLINICA Y GÉNERO

	N (%)	FEMENINO	MASCULINO	Valor de p
M. dérmicas	38(100%)	25	13	-
Petequia/purpura	38 (100%)	25	13	-
Prurito	11(28.94%)	10	1	0.037
M. articulares	29(76.3%)	19	10	0.949
Tipo				
Artritis	17(58.6%)	11	6	0.899
Artralgia	12(41.4%)	8	4	0.938
M. gastroint.	23(60.53%)	17	7	0.391
Dolor abdominal	22(95.7%)	17	5	0.080
Nauseas/vómitos	16(69.6%)	13	3	0.087
Diarrea	6(26.1%)	5	1	0.324
Hemorragia digestiva	6(26.1%)	5	1	0.324
M. renales	9(23.68%)	8	1	0.095
Hematuria	4(44.4%)	4	0	0.073
Proteinuria	2(22.2%)	2	0	0.295
Hematuria + proteinuria	3(33.3%)	2	1	0.973

Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

TABLA 6.

CARACTERISTICAS CLINICAS Y EDAD

	N (%)	0 A 6 AÑOS	7 A 15 AÑOS	Valor de p
M. dérmicas	38(100%)	25	13	-
Petequia/purpura	38 (100%)	25	13	-
Prurito	11(28.94%)	5	6	0.572
M. articulares	29(76.3%)	14	15	0.334
Tipo				
Artritis	17(58.6%)	10	7	0.492
Artralgia	12(41.4%)	4	8	0.106
M. gastrointesti.	23(60.53%)	13	11	0.804
Dolor abdominal	22(95.7%)	17	5	0.080
Nauseas/vómitos	16(69.6%)	8	8	0.782
Diarrea	6(26.1%)	1	5	0.055
Hemorragia digestiva	6(26.1%)	4	2	0.453
M. renales	9(23.68%)	1	8	0.004
Hematuria	4(44.4%)	0	4	0.026
Proteinuria	2(22.2%)	0	2	0.126
Hematuria + proteinuria	3(33.3%)	1	2	0.485

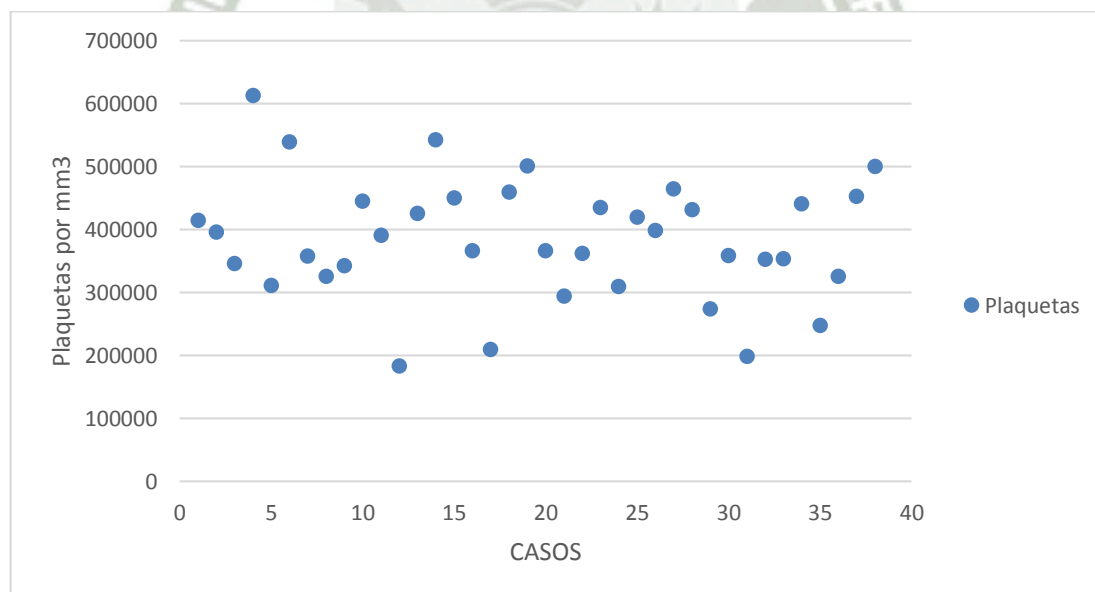
Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

TABLA 7.

CARACTERISTICAS LABORATORIALES: RECUENTO DE PLAQUETAS

	Pacientes(n)	Media	DE	Valor mínimo	Valor máximo
PLAQUETAS	38	384526.316	95181.1181	199000	613000



Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

TABLA 8

**CARACTERISTICAS LABORATORIALES: NIVELES DE
HEMOGLOBINA**

EDAD					
HEMOGLOBINA	< 3 años	4-6 años	7-9 años	10 -12 años	Total
7 a 8.9 g/L	0	0	0	0	0
9 a 10.9g/L	0	0	0	0	0
11 a 12.9 g/L	1	6	2	1	10
>13 g/L	2	11	10	5	28
TOTAL	3	17	12	6	38

Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

TABLA 9

CARACTERISTICAS HEMATOLOGICAS: RECUENTO DE LEUCOCITOS

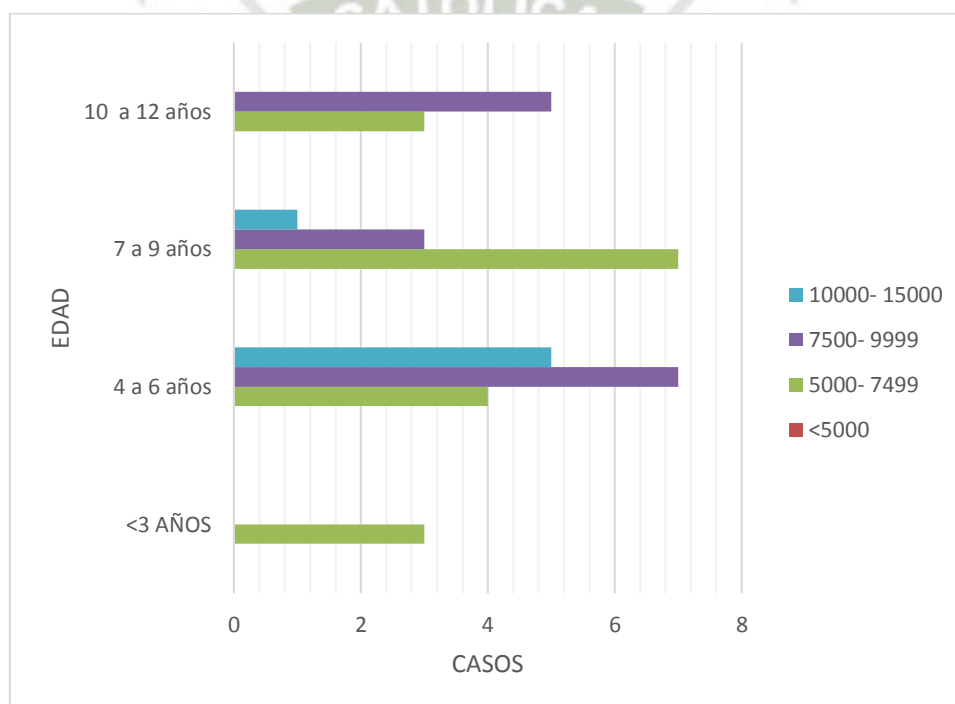
Recuento de leucocitos	EDAD				TOTAL
	<3 AÑOS	4 a 6 años	7 a 9 años	10 a 12 años	
<5000	0	0	0	0	0
5000- 7499	3	4	7	3	17
7500- 9999	0	7	3	5	15
10000- 15000	0	5	1	0	6
TOTAL	3	16	11	8	38

Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

GRAFICO 8.

CARACTERÍSTICAS HEMATOLOGICAS: RECUENTO DE LEUCOCITOS



Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

TABLA 10.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO CON CORTICOIDES	SI	NO	TOTAL	VALOR DE P
HEMORRAGIA DIGESTIVA	5	1	6	0.234
PROTEINURIA	5	0	5	0.087
HEMATURIA	6	0	6	0.05
TOTAL	16	1	17	

Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

TABLA 11

SEGUIMIENTO: CONTROLES

TIEMPO DE SGUIMIENTO	CONTROL POR CONSULTORIO EXTERNO					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 5 días	6	15.79%	0	0%	6	15.79%
6 a 10 días	0	0%	24	63.2%	24	63.2%
11 a 15 días	3	7.89%	0	0%	3	7.89%
16 a 20 días	5	23.16%	0	0%	5	23.16%
TOTAL	14	36.8%	24	63.2%	38	100%

Fuente: elaboración propia

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS, SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017**

TABLA 12

SEGUIMIENTO: RECURRENCIA

RECURRENCIA	N°	%
Si	2	5.3%
No	36	94.7%

Fuente: elaboración propia

Tabla 12. Del total de pacientes estudiados, solo el 5,3% presento recurrencia en una oportunidad.

CAPÍTULO III.
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS



El presente estudio se realizó para dilucidar las características clínico epidemiológicas, el tratamiento y seguimiento de pacientes con el diagnóstico de purpura de Henoch Schonlein atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado. Se realizó la presente investigación debido a la escasa información que se encuentra, consignada a nuestro medio en cuanto a esta patología.

A continuación se plantean y discuten los resultados hallados en el presente estudio. En total, en el servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado (HRHD) se halló 42 pacientes con edades que oscilan entre 0 a 15 años, con el diagnóstico de Púrpura de Henoch Schonlein al egreso, en un periodo de ocho años, del 2010 al 2017, de las cuales dos no cumplieron con los criterios de inclusión y dos están registradas en el sistema como extraviadas, siendo 38 el número total de casos analizados en el presente estudio.

Al analizar los resultados del presente estudio se observó que la frecuencia de casos reportados por año varían sin aparentes particularidades que explique esta distribución, sin embargo se podría relacionar esto en cierto modo a la influencia climatológica, la variación puede oscilar desde los dos casos anuales como se presenta en el año 2013 y 2014 o formar picos de incidencia como en el 2015 con nueve casos. Se calculó un promedio de 4.75 casos anuales con una desviación estándar de 2.44. Respecto a la procedencia, 32 casos que representan el 84.2% del total de muestra provienen de Arequipa, el 5.2% de Puno, 7.9% de Moquegua y el 2.6% de Cusco. En comparación con el estudio realizado por Valdez (2012) en donde todos los casos procedían de Arequipa⁽⁷⁾, en éste se registró presencia de casos de otros departamentos desde el 2014 como Moquegua, Cusco y Puno que son regiones con características sociodemográficas parecidas, esto podría explicarse debido a que con el tiempo ha sido más factible la intercomunicación de poblaciones a través del mejoramiento de caminos y carreteras, y que el HRHD es uno de los hospitales más importantes a nivel de región sur.

Aunque esta vasculitis puede aparecer en cualquier etapa de la vida, es predominante su presencia en edad pediátrica por lo que se evaluó la población de 0 a 15 años de edad según la institución, observando que el 84.2% de casos se presentaron en menores de 10 años; se evidenció mayor frecuencia en el rango de edades de 4 a 6

años con 17 casos que representan el 44.7% del total, así mismo se halló menor frecuencia en edades extremas de la muestra como son los menores de 3 años con 7.9%, y ausencia de casos en edades de 12 a 15 años. Lo que coincide con los datos expresados en la revisión bibliográfica realizada, como Moscoso (2012) en un estudio local realizado en el Hospital Goyeneche donde el 50% de su muestra estudiada pertenecía al rango de 5 a 10 años, Valdez (2012) también reportó porcentajes parecidos en las edades de 4 a 8 años, al igual que Angeles y col. en Lima, Caceres y col. en Mexico, Millares en España, Lin y col. en China, Calvo-Rio España.^(1,2,3,4,5,6,7,11.12.14)

En cuanto al género diversas fuentes como la Asociación Española de Pediatría, la Asociación Europea de Reumatología Pediátrica han afirmado que existe una predominancia de esta patología en el sexo masculino en una proporción aproximada de 1,2:1^(11,12,13,14,15,), sin embargo en el presente estudio el sexo femenino representa el 65,8% con 35 casos y el sexo masculino el 34.2% que equivalen a 13 casos con una predominancia del sexo femenino sobre el masculino de 1,9:1. Las investigaciones locales por Valdez⁽⁷⁾, Moscoso⁽⁶⁾ y nacionales por Angeles⁽¹⁾ coinciden con los valores hallados en el presente estudio, sin embargo los estudios internacionales como es el caso de Calvo- Rio en España⁽⁴⁾ y Lin en China⁽⁵⁾ afirman que en esta patología existe el predominio del sexo masculino, lo cual se podría relacionar con las características sociodemográficas de la población estudiada, sin embargo es difícil esclarecer este punto por la falta de investigaciones.

En cuanto a la presencia de esta patología según las estaciones del año, se observó mayor número de casos en Invierno (del 23 de junio al 22 de setiembre) con 14 que representan el 36.8%, seguido del Verano (del 23 de Diciembre al 22 de Marzo) con 9 casos que equivalen al 23.7%, Otoño (del 23 de Marzo al 22 de Junio) con 8 casos que representan el 21.1% y finalmente Primavera (del 23 de Setiembre al 22 de Diciembre) con 7 casos que equivalen al 18.4%. Según la revisión bibliográfica^(8,9,10,11,12,13,14,15) las estaciones con mayor presencia de esta patología son Invierno, Otoño y Primavera, debido a la posible relación existente con las enfermedades respiratorias que los climas de estas desencadenan, sin embargo en el presente estudio si bien hay una predominancia de casos en Invierno, en Otoño, Primavera y Verano se presentan valores no muy distantes el uno del otro; lo que no coincide del todo con lo afirmado

por Valdez⁽⁷⁾ que encontró en Invierno 33.3% de casos y en Otoño 26.2%, al igual que Angeles, Millares y otros autores^(1,2,3,4,5,8,9)

La etiología no ha sido aclarada totalmente pero se ha relacionado el inicio de la enfermedad a factores desencadenantes como el antecedente de infecciones respiratorias altas en especial las producidas por el estreptococo beta hemolítico del grupo A, el uso de medicamentos, picaduras de insecto, vacunas, entre otros^(11,12,13,14,15,38) En el presente estudio se halló que el 50 % que representan 19 pacientes tienen el antecedente de infección del tracto respiratorio alto en un tiempo previo a la presentación de la enfermedad de 7 a 14 días según lo registrado en la historia clínica, de los cuales el 52.6% son diagnosticadas como faringitis aguda y el resto como resfrió común, recibiendo tratamiento de mantenimiento; el 18.4% (7 casos) del total de pacientes recibieron algún tipo de medicamento por proceso respiratorio en un 100% (amoxicilina, clorfenamina, ibuprofeno y paracetamol), tres pacientes (7.9%) refieren el antecedente de picadura de insecto antes del cuadro inicial, el 42.1% que equivale a 16 casos del total no presentaron ningún antecedente previo y no se encontró casos relacionados a colocación de vacunas previo al cuadro de la enfermedad. Dichos datos son similares a los reportados por Valdez y Moscoso en Arequipa, Angeles y col. en Lima y la mayoría de bibliografía internacional^(2,3,4,5,8,9,19) En el presente estudio no se demostró relación significativa entre la estación del año y el antecedente de infección respiratoria ($p>0.05$).

Desde el 2008 se manejan criterios diagnósticos con un 100% de sensibilidad y 87% de especificidad en donde se establece la obligatoria presencia de la purpura palpable asociada a uno o más de los siguientes criterios como dolor abdominal, artritis/artralgia, compromiso renal o biopsia que evidencie depósito de IgA.^(11,12,13,14)

En el presente estudio las manifestaciones dérmicas corresponden al 100% de casos que equivalen a 38 pacientes, la literatura universal refiere que las lesiones dérmicas aparecen en su mayoría como petequias que al poco tiempo confluye formando exantemas palpables violáceos que no desaparecen a la vitropresión, tienen tendencia a localizarse en zonas de declive o de mayor presión como miembros inferiores, glúteos, y superficie extensora de extremidades y en menores de 3 años puede haber angioedema en cara, cuero cabelludo, dorso de manos, pies y escroto^(11,12,14,15,16); lo que corresponde a los datos obtenidos, en donde las lesiones dérmicas petequias y la

purpura palpable esta presente en el 100% de casos y es el primer signo en aparecer en 63,2% casos que corresponde a 24 pacientes, el edema en dorso de manos y pies esta en 18.4% que equivale a 7 casos, y 11 pacientes (28.9%) refieren prurito de leve intensidad en las dichas lesiones. La localización más frecuente es en miembros inferiores en un 100% de casos, dichas lesiones ascienden hasta glúteos en un 50% que representa 19 casos, la parte baja del abdomen se ve afectado en el 23.7% equivalente a 9 casos, en miembros superiores y tronco en 10.5% que equivale a 4 casos cada uno, y en cara solo se registró un caso representado como 2.6% del total; todos estos datos obtenidos coinciden con los reportados en otros estudios como Moscoso y Valdez (Arequipa), Angeles (Lima), Caceres (Mexico), Calvo-Rio (España)^(1,2,3,4,5,6,7)

En cuanto a las manifestaciones articulares es conocido que esta vasculitis afecta articulaciones grandes y que en muchos casos el dolor va acompañado de aumento de volumen, enrojecimiento y limitación de movimiento, sin embargo es simétrica, no deformante y remite completamente sin dejar secuelas^(11,12,13,14); analizando la información recolectada se obtuvo una frecuencia de 76.3% que correspondería a 29 casos del total que presentaron una afectación articular, el 18.4% que representan 7 casos lo refiere como primer síntoma del cuadro en aparecer, el cual precedió a la púrpura en un máximo de 2 días. El 41.4% que equivale a 12 casos presentaron sólo artralgia, el 58.6% que son 17 casos presentaron artritis no deformante. La afectación se mostró en el estudio como oligoarticular (2 a 4 articulaciones) en el 86.2% que representa 25 casos, con limitación de movimiento el 75.9% que equivale a 22 casos y con mayor frecuencia en tobillos 26 casos(89.7%), seguido de rodillas con 20 casos (69%), muñecas en 20.7% que representa 6 casos y codos en un 10.3% equivalente a 3 casos, en ningún paciente se encontró alteraciones en articulaciones pequeñas, y solo en 4 pacientes equivalente al 13.8% la manifestación tomo más de 4 articulaciones, lo que correspondería a cifras reportadas por Marquez y col. y Angeles pero diferiría un poco con Valdez (57%) y Moscoso (60%)^(1,6,7,10)

Las manifestaciones gastrointestinales están presentes en un 60.53% que equivale a 23 casos del total, en donde el dolor abdominal es el síntoma con mayor frecuencia con 95.7% que representaría a 22 pacientes, el cual es el primer síntoma del cuadro en aparecer en 7 casos que equivales al 18.4% precediendo a la aparición de la purpura

en un máximo de hasta 3 días; el tipo de dolor es cólico en el 95.7% de casos y opresivo difuso solo en el 2.3%, la localización más frecuente según refieren las historias clínicas es en mesogastrio en 19 casos que equivalen al 82.6% y en epigastrio 4 casos correspondientes a 17.4%; otros signos y síntomas gastrointestinales a mencionar son náuseas y vómitos con una frecuencia de presentación de 16 casos (69.6%), diarrea en 6 pacientes (26.1%) y hemorragia digestiva en 6 pacientes (26.1%), no se registraron complicaciones digestivas en el estudio como invaginación, isquemia intestinal, entre otras. Lo que corresponde a lo expuesto en la literatura internacional^(17,18,19,20,21,22), dichos valores de frecuencia mencionados en el estudio coinciden con reportes locales Valdez y Moscoso, nacionales Angeles e internacionales como Caceres, Lin, Calvo Rio^(1,3,5,8,23,24,25,27)

Las manifestaciones renales han sido reportadas en distintos estudios dentro de rangos de 20 a 40%, en el presente, el compromiso renal fue mayor en la fase inicial representada en un 23.68% de casos que equivalen a 9 del total en donde se encontró que el 44.4% que representa 4 casos presentaron hematuria microscópica aislada, el en cuanto a la proteinuria debajo de rangos nefróticos se halló 2 casos, y la hematuria asociada a proteinuria represento el 33.3%. Es necesario recalcar que el porcentaje tan bajo de presentación y la ausencia de complicaciones en esta rama esta muy probablemente relacionada a la falta de seguimiento de los pacientes por consultorio externo una vez dado de alta hospitalaria, ya que algunos estudios internacionales refieren que el 97% de pacientes con afectación renal presentan la manifestación dentro de los 6 meses siguientes de iniciado el cuadro.^(28,29,30,31,32,33,34)

En la revisión del tema se vio que si bien hay una predominancia de signos y síntomas en los tejidos ya mencionados hay otros órganos que pueden ser afectados en menor frecuencia como lo es el escroto, en el presente estudio se evidencio afectación del escroto en una frecuencia de 5.26% que corresponde a 2 casos los cuales tuvieron resolución espontanea. También existe la presencia de manifestaciones generales en 17 casos que equivalen al 44.7% de casos de los cuales los más destacados son malestar general en un 58.8%, hiporexia e hipodinamia en 41.2% cada uno, y sensación de alza térmica cuantificada o no en el 35.3% de casos lo que es congruente con lo expuesto por Valdez (Arequipa).⁽⁷⁾

No se encontró relación significativa entre los síntomas y signos manifestados con el sexo ($p>0.05$), así mismo se comprobó que si existe la relación de las manifestaciones renales entre mayor sea la edad de presentación de la patología ($p<0.05$).

No se encontró variaciones en cuanto a los exámenes de laboratorio rutinarios como niveles de hemoglobina, recuento de leucocitos y plaquetas, todos se encuentran dentro de sus valores normales según edad, lo que corrobora los comentarios de Valdez y Angeles a nivel regional y nacional, y Caceres de México entre otros autores internacionales.

En cuanto al tratamiento lo recomendado en protocolos internacionales actualmente, es el uso exclusivo de terapia de mantenimiento lo que implica hidratación, reposo y analgesia si es necesario, no se recomienda el uso de corticoides debido a que si bien disminuye los síntomas rápidamente no se ha encontrado evidencia definitiva que demuestre que interviene en el curso de la enfermedad o que previene complicaciones gastrointestinales o renales y es desconocido los efectos secundarios que puedan traer su uso, por lo que solo está recomendado en casos severos. En el HRHD el tratamiento con corticoides de vía oral se utilizó en el 65.8% de casos que representan 25 pacientes, y es necesario resaltar que de estos el 92% fue dado de alta con indicaciones de continuar con el tratamiento de prednisona vía oral y mantener un control por consultorio externo para reducir la dosis hasta suspenderla, lo cual en un buen porcentaje no se llevó a cabo.^(11,12,13,14)

Finalmente de todas las historias revisadas en este estudio, solo el 36.3% regreso para realizar algún control por consultorio externo, el resto no presenta información alguna, lo que impidió monitorizar y extraer datos en cuanto al seguimiento de los pacientes. Dicha situación también fue reportada por Angeles en Lima. Lo que podría relacionarse a la falta de entendimiento de la importancia que llevar un control en pacientes con esta patología o a que tal vez la sobrecarga de pacientes en los centros hospitalarios y la escases y dificultad para obtener citas en los mismo los llevó a la renuncia de mantener controles como se le indico al alta hospitalaria o a acudir a otros centros privados.⁽¹⁾

En cuanto a la recurrencia con la falta de seguimiento se registró solo 2 casos que representan el 5.26% que aparecieron a los 30 días posteriores iniciado el cuadro presentando la misma sintomatología. En estos casos la primera vez que se presentó el

cuadro el paciente acudió al Hospital Goyeneche en donde se dio tratamiento y alta. Lo cual fue demostrado por las hojas de contrarreferencia documentadas en la historia clínica. No se reportaron complicaciones a la larga por falta de información.⁽¹⁾





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA La edad de presentación más frecuente esta entre los 4 y 6 años, a predominio del sexo femenino. La mayoría de casos se dio en invierno sin embargo se presentó en verano, primavera y otoño de manera no muy distante, el principal antecedente desencadenante fue las infecciones del tracto respiratorio alto en un 50% y la mayoría de casos pertenecen al departamento de Arequipa.

SEGUNDA Las lesiones dérmicas se presentaron en el 100% de casos a predominio de la purpura en miembros inferiores y glúteos, seguido de las manifestaciones articulares con 76.3% que afectan en su mayoría tobillos y rodillas de carácter oligoarticular, y con limitación de movimiento en un 75%, las manifestaciones gastrointestinales se mostraron en el 60.5% a predominio del dolor abdominal tipo cólico localizado en mesogastrio, manifestaciones renales en un 21% de casos en donde los signos más frecuentes fueron hematuria y proteinuria y solo un 5.26% reporto manifestaciones escrotales.

TERCERA El 100% de pacientes del estudio fueron asistidos con terapia de mantenimiento y al 65.8% se le adicionó corticoterapia con prednisona via oral.

CUARTO No se pudo realizar el análisis del seguimiento debido a que solo el 36.3% de pacientes acudieron a control por consultorio externo, lo cual dificulta la evaluación de la evolución a largo plazo.

RECOMENDACIONES

- 1) Se sugiere al servicio de Pediatría, realizar un mejor manejo de la documentación y registro de información en la historia clínica centrándose en una buena anamnesis, examen físico, seguimiento y codificación.
- 2) No siempre la purpura palpable es el primer signo en aparecer, en estos casos se complica el diagnóstico inicial de la vasculitis, por lo que se sugiere al médico tratante no descartar esta patología como uno de los diagnósticos diferenciales en dolor agudo abdominal, ni dolor articular.
- 3) Se sugiere al servicio de Pediatría mantener un control del uso de corticoides, indicado como tratamiento solo en casos de severidad y llevar el control de dosis que amerita.
- 4) Se sugiere al ministerio crear programas para monitorizar al paciente en centros de atención primaria en un periodo mínimo de 6 meses, para descartar posibles complicaciones.
- 5) Se sugiere al personal de salud concientizar al familiar directo de las posibles complicaciones a largo plazo y la importancia de asistir a sus controles y seguir las indicaciones de la mediación recibida.
- 6) Se sugiere al HRHD protocolizar la realización de exámenes de laboratorio completos para observar la función renal y descartar sangrado gastrointestinal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Angeles Lourdes, Ballona Rosalía. Púrpura de Henoch-Schönlein: epidemiología, clínica y seguimiento por cinco años en pacientes hospitalizados en el Instituto Especializado de Salud del Niño, 1995-1999. *Folia dermatol. Peru* 2007; 18 (3): 111-117.
2. Miralles, Ana; García, Ana María; Morales, María José; Gómez, Marta; Tormo, Teresa; Orta, Nelson; Sequí, José Miguel. Purpura de Henoch Schonlein en niños: casuística del Hospital de Gandia, Valencia. España. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*. 2017; Vol 80 (2): 47 – 51
3. Cáceres Mosquera Jimena, Fuentes Velasco Yolanda, Romero Navarro Benjamín, Valverde Rosas Saúl, García Roca Pilar, Gomezchico Velasco Rebeca et al . Púrpura de Henoch-Schönlein: Reporte de 105 pacientes pediátricos. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2006 Oct [citado 2018 Feb 10] ; 63(5): 314-321. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000500005&lng=es.
4. Calvo-Río V., Loricera J., Mata C., Martín L., Ortiz-Sanjuán F., Alvarez L., González-Vela M.C., González-Lamuño D., Rueda-Gotor J., Fernández-Llaca H., González-López M.A., Armesto S, Peiró E, Arias M, González-Gay MA, Blanco R. Henoch-Schönlein purpura in northern Spain: clinical spectrum of the disease in 417 patients from a single center. (2014) *Medicine (Baltimore)*. Mar; 93(2):106-13.
5. Lin YT, Yang YH, Hung CF, Hsu CR, Wang LC, Chuang YH, Chiang. A nationwide survey on epidemiological characteristics of childhood Henoch-Schönlein purpura in Taiwan. *Rheumatology (Oxford)*. 2005;44(5):618
6. Moscoso Alarcón Julio. Valoración de la Púrpura de Henoch Schonlein en el Departamento de Pediatría del Hospital Goyeneche, Arequipa 2000-2012[Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Arequipa:Universidad Católica Santa Maria; 2013
7. Valdez Viladegut, Joaquín Sebastián. Características epidemiológicas, clínicas y laboratoriales en pacientes con purpura de Henoch Schonlein en el

- H.R.H.D.E. Minsa – Arequipa del 1 de Enero del 2001 al 31 de Diciembre del 2010 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Arequipa: Universidad Católica Santa María; 2012
8. Saulsbury FT (1999) Púrpura de Henoch-Schonlein en niños. Informe de 100 pacientes y revisión de la literatura. *Medicina* 78 (6): 395-409
 9. Trapani S, Micheli A, Grisolia F, Resti M, Chiappini E, Falcini F, De Martino M (2005) Púrpura de Henoch Schonlein en la infancia: análisis epidemiológico y clínico de 150 casos en un período de 5 años y revisión de la literatura. *Semin Arthr Rheum* 35 (3): 143-153
 10. Marquez Granja Andrea Azucena. Púrpura de Henoch Schonlein en niños menores de 10 años en el Servicio de Pediatría en el periodo Enero- Diciembre 2009 en el Hosptal Provincial Docente Ambato. [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2010.
 11. Rigante D, Castellazzi L, Bosco A, Esposito S. Is there a crossroad between infections, genetics, and Henoch-Schönlein purpura?. *Autoimmun Rev.* 2013 Aug;12(10):1016-1021.
 12. Yang YH, Yu HH, Chiang BL. The diagnosis and classification of Henoch-Schönlein purpura: an updated review. *Autoimmun Rev.* 2014 Apr;13(4-5):355-8.
 13. Kliegman Robert M, Stanton Bonita F, St. Geme Joseph W, Schor Nina F. Enfermedades reumaticas de la infancia. Behrman Richard E. Nelson Tratado de Pediatría. Barcelona: Elsevier; 2013. Pp(907-910).
 14. Campos Ricart S. Púrpura de Schönlein-Henoch. *Protoc diagn ter pediatr.* 2014;1:131-140[Revista en internet].[Citado el 10 de Febrero del 2017]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_purpura_schonlein-henoch.pdf
 15. Bonetto C, Trotta F, Felicetti P, Alarcón GS, Santuccio C, Bachtiar NS, Brauchli Pernus Y, Chandler R, Girolomoni G, Hadden RD, Kucuku M, Ozen S, Pahud B, Top K, Varricchio F, Wise RP, Zanoni G, Živković S, Bonhoeffer J, Brighton Collaboration Vasculitis Working Group. Vasculitis as an adverse

- event following immunization - Systematic literature review. *Vaccine*. 2016; 34(51):6641.
16. Mazas MC. Púrpura de Schönlein Henoch: Qué hay de nuevo?. *Rev. argent. dermatol.* [Internet]. 2011 Mar [citado 2018 Feb 10] ; 92(1): . Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2011000100003&lng=es.
17. Chacaltana Mendoza Alfonso. Compromiso Duodenal en púrpura de Henoch-Schönlein. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2010 Jul [citado 2018 Feb 23] ; 30(3): 228-231. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292010000300007&lng=es.
18. BAILEY M, CHAPIN W, LICHT H, REYNOLDS JC. The effects of vasculitis on the gastrointestinal tract and liver. *Gastroenterol Clin North Am* 1998;27:747-82
19. Reinauer S, Megahed M, Goerz G, Ruzicka T, Borchard F, Susanto F, Reinauer H (1995) Púrpura de Schonlein-Henoch asociada con la infección gástrica por *Helicobacter pylori*. *J Am Acad Dermatol* 33 (5 Pt 2): 876-879
20. Lindenauer SM, Tank ES (1966) Aspectos quirúrgicos de la púrpura de Henoch-Schonlein. *Cirugía* 59 (6): 982-987
21. Hayakawa T, Imaeda H, Nakamura M, Komoto S, Maruta K, Shiozu H, Ogata H, Iwao Y, Ishii H, Hibi T (2005) Asociación de colitis pseudomembranosa con púrpura de Henoch-Schonlein. *J Gastroenterol* 40 (6): 641-645
22. Apostolopoulos P, Vafiadis-Zouboulis E, Delladetsima I, Charalambopoulos D, Archimandritis A, Katsilambros N (1999) Púrpura de Henoch-Schonlein asociada con enterocolitis por *Campylobacter*. *J Clin Gastroenterol* 29 (4): 346-347
23. Carlos Esteban Fernández-Zarzaa, María Chaparro Sáncheza, Ricardo Moreno Oteroa, Guillermo Guhl, Amaro García Díezb y Cecilio Santander Vaqueroa. Púrpura de Schönlein-Henoch con afectación intestinal: exposición clínica. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31(2):75-8

24. Novak J, Szekanecz Z, Sebesi J, Takats A, Demeter P, Bene L, Sipka S, Csiki Z (2003) Niveles elevados de anticuerpos anti *Helicobacter pylori* en la púrpura de Henoch-Schonlein. *Autoinmunidad* 36 (5): 307-311
25. Kawasaki M, Hizawa K, Aoyagi K, Kuroki F, Nakahara T, Sakamoto K, Iida M, Fujishima M (1997) Ileitis causada por la púrpura de Henoch-Schonlein. Una vista endoscópica del íleon terminal. *J Clin Gastroenterol* 25 (1): 396-398
26. Karagozian R, Turbide C, Szilagyi A (2004) Púrpura de Henoch-Schonlein que presenta afectación ileal en un adulto. *Dig Dis Sci* 49 (10): 1722-1726
27. Saulsbury FT, Hart MH (2000) Enfermedad de Crohn que presenta púrpura de Henoch-Schonlein. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 31 (2): 173-175
28. Sano H, Izumida M, Shimizu H, Ogawa Y (2002) Factores de riesgo de afectación renal y proteinuria significativa en la púrpura de Henoch-Schonlein. *Eur J Pediatr* 161 (4): 196-201
29. López JJ, Ángel D, Lancheros D. Púrpura de Schönlein-Henoch con compromiso abdominal, descripción de un caso y revisión de la literatura. *Rev CES Med* 2013; 27(2):243-254
30. Jauhola O, Ronkainen J, Koskimies O, Ala-Houhala M, Arikoski P, HölttäT, Jahnukainen T, Rajantie J, OrmäläT, Nuutinen M. Clinical course of extrarenal symptoms in Henoch-Schonlein purpura: a 6-month prospective study. *Arch Dis Child*. 2010;95(11):871.
31. Habib R, Niaudet P, Levy M. Schönlein-Henoch purpura nephritis and IgA nephropathy. In: *Renal Pathology with Clinical and Functional Correlations*, Tisher CC, Brenner BM (Eds), Lippincott, Philadelphia 1993. p.472
32. [Croche Santander B](#), [Campos E](#), [Sánchez A](#), [Marcos L](#), [Díaz I](#), [Toro C](#). Henoch-Schonlein purpura involving the penis: a case report. [Arch Argent Pediatr](#). 2016 Aug 1;114(4):e249-51.
33. Hughes FJ, Wolfish NM, McLaine PN (1988) Síndrome de Henoch-Schonlein y nefropatía por IgA: informe de un caso que sugiere una patogénesis común. *Pediatr Nephrol* 2 (4): 389-392

34. Mosquera J, Rodriquez-Iturbe B (1994) Producción de neuraminidasa extracelular de estreptococos asociados con nefritis aguda. Clin Nephrol 21: 21-28
35. Aguado Martínez B., Tojeiro Lorente S.. Púrpura, todo un reto diagnóstico en la consulta de Atención Primaria: a propósito de un caso. Medifam [Internet]. 2003 Feb [citado 2018 Mar 01] ; 13(2): 64-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000200009&lng=es.
36. Nielsen HE (1988) Epidemiología de la púrpura de Schonlein-Henoch. Acta Paediatr Scand 77 (1): 125-131
37. Roza M, Galbe M, González Baschwitz C, Fernández M, Miguell MA (1983) Henoch-Schoenlein púrpura después de la shigelosis. Clin Nephrol 20 (5): 269
38. Chave T, Neal C, Camp R (2003) Púrpura de Henoch-Schonlein después de la vacunación contra la hepatitis B. J Dermatol Treatment 14 (3): 179-181





ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO 01

Ficha de recolección de datos

N° _____ HCL: _____ INICIALES: _____

I) CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:

1.	EDAD:	0-3años () 4-6() 7-10 () 10-15 () FN: / /
2.	SEXO:	Masculino () Femenino ()
3.	PROCEDENCIA:	Arequipa () otro:
4.	ESTACIÓN DEL AÑO	Invierno () Otoño () primavera () verano () FI: / /
5.	FACTOR PREDISPONENTE	Infeccion respiratoria alta () : Uso de medicamentos () : Otros: _____

II) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Purpura palpable () Dolor abdominal () Artralgias () Afectación renal ()

OTROS: _____

PRIMERA EN APARECER: _____

DERMATO LOGICA	LESION DÉRMICA	MMII () MMSS () GLUTEOS () TRONCO () OTROS:
	EDEMA SUBCUTANEO	DORSO DE MANOS () PERIORBITARIO () OTROS:
ARTICULA RES	ARTRITIS () ARTRALGIA ()	
	LOCALIZACIÓN: TOBILLOS () RODILLAS () MUÑECAS () CODOS () OTROS:	
	N° DE ART. AFECTADAS: 2-4 () >4 ()	
	LIMITACIÓN DE MOVILIDAD SI () NO ()	
GASTROIN TESTINAL	() NAUSEAS/VÓMITOS : () HEMORRAGIA DIGESTIVA: () DIARREA () DOLOR ABDOMINAL: TIPO: LOCALIZACIÓN: () OTROS:	
AFECTACI ÓN RENAL	() HEMATURIA: MICROSCÓPICA () MACROSCÓPICA ()	
	() PROTEINURIA:	
	() HTA	
	() CREATININA SÉRICA AUMENTADA OTROS:	
OTROS:		

III) LABORATORIO:

- Hb: Hg: A:

- Pla: INR:

- Thevenon:
- Examen de orina:
- Creatinina sérica:
- Otros:

IV) TERAPÉUTICA:

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN: _____

TRATAMIENTO RECIBIDO: CONVENCIONAL () CORTICOIDES ()

V) SEGUIMIENTO:

CONTROL POR CONSULTORIO EXTERNO:

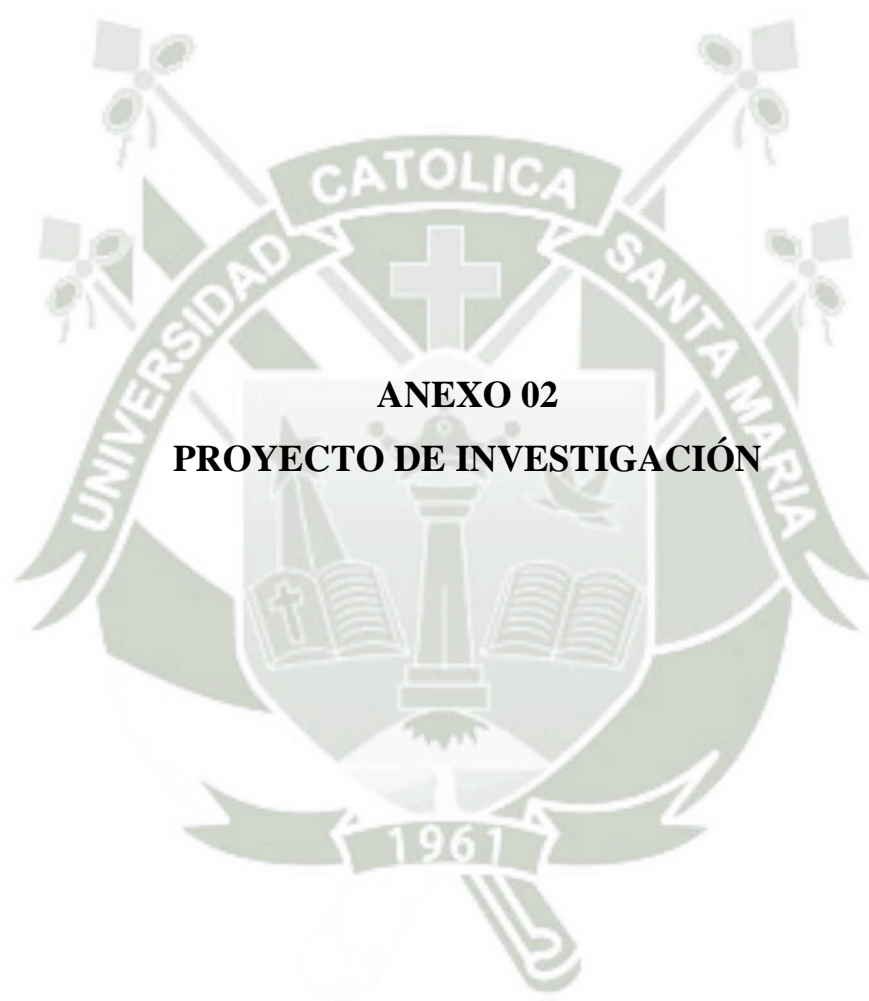
- N° DE CONTROLES POST ALTA: _____
- TIEMPO DE SEGUIMIENTO: _____
- ULTIMO CONTROL: _____

- SE REALIZO CONTROL DE : () PA () EXAMEN DE ORINA:

RECURRENCIA: SI () NO ():

- N° DE RECURRENCIAS: _____
- DESPUÉS DE CUANTO TIEMPO: _____

VI) COMPLICACIONES:



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana



“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS, TRATAMIENTO Y
SEGUIMIENTO DE LA PURPURA DE HENOCH SCHONLEIN EN
POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2010-2017”

Autora: ANNIE SHEYLA DUEÑAS MENDOZA

Proyecto de Tesis para optar el Título Profesional de

Médico Cirujana

Asesor: OMAR BARREDA VELA

Arequipa – Perú

2018

I. Preámbulo:

La Púrpura de Henoch Schonlein es la vasculitis más frecuente en edad pediátrica, caracterizada por la presencia de purpura palpable, artralgias, dolor abdominal y afección renal; en general su curso se autolimita de manera espontánea no llegando a requerir tratamiento específico, sin embargo en un pequeño porcentaje se presentan complicaciones que ameritan la hospitalización del paciente y seguimiento posterior.

Durante mi año de internado, en mi rotación de tres meses en el servicio de Pediatría pude presenciar dos casos, lo cual evidencia que es una patología más frecuente de lo que sabemos, sin embargo no se encuentra información científica regional y nacional actualizado en cuanto a las características epidemiológicas y clínicas asociadas a nuestro medio, lo que nos lleva a aceptar parámetros internacionales que en muchos casos no coincide con la realidad peruana.

Por otro lado es evidente que no se concientiza a los pacientes y a sus familiares lo suficiente para que estos acudan y lleven un seguimiento tras el cuadro inicial por lo menos los primeros meses en atención primaria, lo que los podría ayudar a prevenir futuras complicaciones, evitando la pérdida social y económica para el estado.

Es por eso que decidí realizar este proyecto y definir las características de esta patología mediante un estudio retrospectivo.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia y las características clínico epidemiológicas, el seguimiento y tratamiento de la Purpura de Henoch Schonlein en población pediátrica atendida en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2010-2017?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Pediatría
- Línea: Hematología Pediátrica

b) Operacionalización de Variables :

I. Características epidemiológicas

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Edad	Edad cumplida a la actualidad	Menores de 3 años 4-6 años 7-9 años 10-12 años 13- 15 años	Cuantitati va ordinal
Sexo	Características sexuales	Femenino Masculino	Cualitativa nominal
Procedencia	Reside en un lugar determinado por más de 1 años	Arequipa Otros	Cualitativa ordinal
Antecedente estacional	Estación del año en que aparece la enfermedad	Invierno Primavera Verano Otoño	Cualitativa nominal
Factores predisponentes	Antecedente relacionado con la aparición de la enfermedad	Infección del tracto respiratorio Uso de fármacos Colocación de vacunas Otros	Cualitativa nominal

II. Características clínicas

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Lesiones dermatológicas	Presencia de lesión dérmica y localización según refiere historia clínica	Miembros inferiores Miembros superiores Glúteos Tronco Otros	Cualitativa nominal

Articulares	Presencia de artralgias/artritis según refiere historia clínica	Articulaciones grandes Articulaciones pequeñas	Cualitativa nominal
Síntomas/signos gastrointestinales	Síntomas gastrointestinales presentes según refiere historia clínica	Dolor abdominal Nauseas y/o vómitos Hemorragia digestiva Otros	Cualitativa nominal
Afección renal	Según refiere historia clínica	Hematuria Proteinuria Otros	Cualitativa nominal
Signos y síntomas inespecíficos	Según refiere historia clínica	Manifestaciones generales Escroto agudo	Cualitativa nominal

III. Tratamiento

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Tratamiento	Tratamiento recibido durante la hospitalización según refiere historia clínica	Tratamiento de mantenimiento Corticoterapia	Cualitativa ordinal

IV. Seguimiento

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Control	Controles por consultorio externo según refiere historia clínica	Si No	Cualitativa nominal
Recurrencia	Casos de recurrencia según refiere historia clínica	Si No	Cualitativa nominal
Complicaciones	Reporte de complicaciones post alta hospitalaria según refiere historia clínica	Si No	Cualitativa nominal

Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas, seguimiento y tratamiento de la Purpura de Henoch Schonlein en población pediátrica del Hospital Regional Honorio Delgado?
2. ¿Cuál es la frecuencia y las características epidemiológicas de la Purpura de Henoch Schonlein en población pediátrica atendida en el Hospital Regional Honorio Delgado?
3. ¿Cuáles son las características clínicas de la Purpura de Henoch Schonlein en población pediátrica atendida en el Hospital Regional Honorio Delgado?
4. ¿Cuál es el tratamiento mas frecuentemente aplicado en pacientes hospitalizados con el diagnostico de Purpura de Henoch Schonlein?
5. ¿Cuál es la frecuencia de presentación de complicaciones en el seguimiento de los pacientes con diagnóstico de purpura de Henoch Schonlein post alta hospitalaria?

c) Tipo de investigación:

Aplicada

d) Diseño de investigación:

Observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo

1.3. Justificación del problema

El presente estudio tiene justificación científica basada en la limitada información de la que disponemos en nuestro medio acerca de esta patología, si bien es una enfermedad con criterios diagnósticos ya establecidos, resulta de importante trascendencia conocer las características de esta en nuestra población, lo cual es difícil debido a los escasos estudios realizados hasta la fecha.

Justificación humana y social: Este estudio está formulado para producir información útil que puede ser aplicada por los médicos de nuestra comunidad. Está relacionado a mejorar el diagnóstico de la patología tomando en cuenta la frecuencia y la forma de presentación de los criterios en nuestra población, así mismo el beneficio del seguimiento para prevenir futuras complicaciones, lo cual significaría socialmente que se pueda administrar adecuadamente los recursos del estado y disminuir las pérdidas tanto humanas como sociales.

Tiene justificación contemporánea ya que no existen registros actuales epidemiológicos de esta patología en la región sur del país, a excepción de dos estudios en el 2010 realizados en el Hospital Goyeneche III y Hospital Regional Honorio Delgado. Se buscó un lugar en donde se registra mayor afluencia de pacientes como lo es el Hospital Regional Honorio Delgado, un hospital de nivel III, para el estudio, el cual es ideal para obtener un mayor número de casos.

El proyecto es factible debido a que hay presencia relativamente frecuente de esta patología en nuestro medio, y el costo y material utilizado para realizar este proyecto es bajo en comparación a los beneficios que podría traer este estudio a la comunidad.

En cuanto a lo personal, mi interés es producir material que pueda ser utilizado para resaltar la importancia de educar a la población en general en cuanto al seguimiento y control de su patología.

MARCO CONCEPTUAL:

1.1. Definición:

La purpura de Henoch Schonlein también llamada purpura alérgica, purpura anafilactoide, vasculitis de inmunoglobulina A, purpura reumática⁽¹⁾

Es una vasculitis sistémica que se caracteriza histológicamente por ser un subtipo de vasculitis leucocitoclástica en donde se evidencia a través de inmunofluorescencia directa depósitos de inmunoglobulina A en vasos de pequeño calibre que afectan en su mayoría a piel, tubo digestivo, articulaciones, riñones y en casos más raros a otros órganos como escroto, pulmones, sistema nervioso central y periférico. Es la vasculitis más frecuente en edad pediátrica entre los 3 a 15 años, con predominancia en el sexo masculino^(1,2,3,4)

Todavía existen muchos mecanismos de esta patología que no se han esclarecido, se habla bastante de la susceptibilidad genética asociada a factores ambientales como son infecciones virales o bacterianas, uso de medicamentos, picadura de insectos, vacunas, alimentos, entre otros, sin embargo aún no se ha podido establecer algo definido en cuanto a la etiología^(1,2)

Es una enfermedad que se autolimita, se recomienda el uso de la terapia de apoyo para aminorar la intensidad de los síntomas asegurando una buena hidratación y analgesia en el proceso, algunos estudios refieren que el uso de corticoides disminuye los síntomas con mayor rapidez pero no interviene en el curso de la enfermedad y no se conoce muy bien que efectos podría causar su uso a largo plazo por lo que no se recomienda a excepción de casos severos^(3,5)

Si bien se describe en la literatura una remisión espontánea de los síntomas es recomendable mantener el seguimiento de los pacientes y monitorear la función renal.⁽²⁸⁾

1.2.Historia:

En el año de 1808 Robert William (padre de la dermatología moderna) fue el primero en describir la asociación de las manifestaciones abdominales como la enterorragia a la presencia de la púrpura, condición que posteriormente llevo el nombre de púrpura de Henoch⁽⁶⁾

En el Año 1802 William Heberden define la púrpura palpable, relatando el compromiso abdominal, articular y cutáneo en el caso de un niño de cinco años^(1,6)

Posteriormente en 1837, Johann Lukas Schönlein examina varios casos de púrpura asociados a manifestaciones articulares y divide a la púrpura en: púrpura hemorrágica o peliosis werlhofii, peliosis senil y la peliosis reumática^(1,6)

Su discípulo en el año 1868 Eduard Henoch reconoce que la púrpura está asociada a artritis, dolor abdominal, vómito y hemorragia intestinal y establece a la púrpura palpable como una de las manifestaciones de vasculitis de pequeños vasos. En el año de 1899 el mismo autor, reconoce que la enfermedad no siempre es limitada y que puede ocasionar afección renal incluso la muerte.

En 1915 Eugen Frank la denomina como púrpura anafilactoide, pero no pudo establecer la asociación con un proceso alérgico.⁽⁶⁾

Eduard Glanzmann en 1920, fue el primero en acercarse a una etiología probable y desarrolla la teoría de que la infección y la sensibilización podrían ser la causa de una púrpura anafilactoide secundaria a una infección^(6,7).

A pesar que ha transcurrido mucho tiempo desde su descripción, la patogénesis no es totalmente conocida.^(5,6)

1.3.Epidemiología:

La purpura de Henoch Schonlein puede afectar todos los grupos etarios pero aproximadamente un 90% de los casos se presenta en niños entre las edades de 3 a 15 años^(1,5,8).

En estudios retrospectivos realizados en Europa la incidencia anual fue de aproximadamente 20 por 100 000 niños menores de 17 años, con un pico de 70 por 100 000 en niños de 4 a 6 años; en Asia se encontró una incidencia menor de 10 por 100 000 en niños menores de 17 años con un pico entre los 5 y 7 años; en Latinoamérica se realizaron estudios pequeños donde se corrobora la existencia relativa de incidencias parecidas^(9, ,10,25,26,27)

En la mayoría de estudios internacionales se evidencia una mayor incidencia de presentación en el sexo masculino con una relación aproximada con el femenino de 1.2: 1 a 1.8: 1, sin embargo existen pequeños estudios en donde es más frecuente en

el sexo femenino. Hay mayor incidencia en raza blanca y asiática en comparación a la negra. ^(1,2,3,5,7,8,9,23,24)

Es más habitual en las estaciones de invierno, otoño y primavera, posiblemente esto esté asociado al aumento de infecciones en estas épocas del año, ya que existen estudios donde se identifica a las infecciones en su mayoría del tracto respiratorio alto como factores desencadenantes de la enfermedad especialmente las causadas por estreptococo beta hemolítico grupo A⁽³⁰⁾, otros agentes han sido relacionados como el uso de medicamentos, vacunas, picaduras de insecto, entre otros pero no hay una clara explicación del mecanismo,^(2,3,5,8,9,10)

1.4. Etiología y fisiopatología:

La etiología aun es desconocida, la exposición a un antígeno, generalmente secundario a una infección, medicamentos u otro factor ambiental puede desencadenar la formación de anticuerpos e inmunocomplejos de inmunoglobulina A (IgA) los cuales se depositan en los pequeños vasos generando la clínica característica, petequias y púrpura palpable. Cuando estos complejos autoinmunes se depositan en los pequeños vasos de la pared intestinal, desencadenan hemorragias que pueden ir de leve a severa. Si esto ocurre en los vasos del mesangio renal puede producir glomerulonefritis^(1,11,31,32)

Las lesiones dérmicas se forman a partir de la isquemia, la extravasación de eritrocitos y la respuesta inflamatoria por los neutrófilos⁽³¹⁾. El tracto gastrointestinal si bien tiene una irrigación abundante, las microvellosidades tienen bucles de capilares que se obstruyen causando necrosis de las mismas. Las articulaciones también son afectas por el hecho de presentar capilares parecidos en la placa epifisiaria.^(31,33)

El estreptococo b hemolitico del grupo A es el que ha sido encontrado en más del 30% de los niños con nefritis secundaria a la purpura de Henoch Schonlein (PSH); otros agentes infecciosos considerados desencadenantes pueden ser el Parvovirus B19 Bartonella henselae, Helicobacter pylori, Parainfluenza, Cocksackie, Adenovirus, Hepatitis A y B, Micoplasmas, Virus de Epstein-Barr, Varicela, Campylobacter^(9,34)

Los complejos de IgA se forman y se depositan en piel, intestino y glomérulos, provocando una respuesta inflamatoria localizada. La vasculitis leucocitoclástica se desarrollará posteriormente, con la necrosis de los vasos de calibre pequeño. Normalmente la IgA se encuentra en suero y secreciones mucosas, tiene dos isotipos: IgA1 y IgA2. En la mucosa la IgA es del tipo IgA2 con un 60% en forma polimérica, mientras que en suero es IgA1 y el 90% monomérica.^(9,33,35)

En la PSH los complejos se forman con IgA1 poliméricos, una forma anormal de la IgA1 conocida como Gal-d IgA1, estas moléculas deficientemente glicosiladas tendrían mayor tendencia a la agregación, formando complejos macromoleculares que activan la vía alterna del complemento, depositándose en el mesangio renal y produciendo nefritis en la PSH.^(1,5,6)

Se han propuesto cuatro hipótesis en cuanto al mecanismo fisiopatológico que pueden ser desencadenadas por infecciones: en primer lugar, el mimetismo molecular, los microbios pueden compartir epítomos con los de los pequeños vasos sanguíneos de los humanos y al invadir estos patógenos el cuerpo humano se desencadenaría, una respuesta inflamatoria humoral y celular en los pequeños vasos a consecuencia de una reacción cruzada. En segundo lugar, la hipótesis de activación "bystander", donde los patógenos al generar inflamación inespecífica y daño celular, pondrían al descubierto antígenos que habitualmente no están expuestos al sistema inmunológico. Tercero, autoalteración, donde los agentes infecciosos interactúan con las proteínas de los vasos, generando nuevos antígenos que activarían la reacción inflamatoria. Por último, la cuarta hipótesis presencia de superantígenos, donde algunas bacterias y virus se transforman en superantígenos, sin la necesidad de procesamiento y presentación por células presentadoras, interactuando directamente con las células T.⁽¹¹⁾

Es probable que no haya un único patógeno que pueda desarrollar una PSH y que muchos microbios pueden desencadenar una vía común para inducir la inflamación de los pequeños vasos^(9,10,11)

Para aquellos individuos con un perfil genético específico, la introducción de microbios a través de la mucosa de las vías respiratorias, puede activar un subgrupo de células T que a través de las células presentadoras de antígenos, tomarían los

microorganismos y sus antígenos y migrarían al tejido linfoide localizado en el que presentan epítomos de células T CD4 +. Desde allí un subconjunto de TGF- β que secretan las células T CD4 + estimulan la proliferación de las células TH3, las que posteriormente activan las células B. Las células B activadas reconocen el mismo antígeno e inducen la diferenciación a células productoras de IgA, aumentando los niveles de IgA sérica. Algunos anticuerpos circulantes IgA presentan una reacción cruzada con las células endoteliales (IgA AECA) y dañan las células mediante la activación de la vía alterna del complemento; también pueden estimular directamente las células endoteliales para producir IL-8, que recluta y activa los neutrófilos para causar aún más daño en las células endoteliales, a través de metabolitos directos como el oxígeno reactivo y proteasas de gránulos.^(5,11,36)

1.5. Anatomía patológica:

Las biopsias cutánea, la muestra de las lesiones purpúricas debe ser tomada del borde de una lesión nueva, en esta se muestra la participación de vasos pequeños (principalmente vénulas poscapilares) dentro de la dermis papilar en donde se evidencia eritrocitos, infiltración de neutrófilos y segmentos de neutrófilos en degradación asociado al depósito de inmunoglobulina A demostrado por inmunofluorescencia directa lo cual la distingue de las demás vasculitis.^(4,5,38)

El estudio histopatológico renal suele mostrar glomerulonefritis endocapilar proliferativa que puede variar de un proceso segmentario focal a una afectación externa en medias lunas. En los estudios de inmunofluorescencia muestran IgA, el componente del complemento 3 (C3) y la deposición de fibrina dentro de las paredes de los vasos afectados y en menor frecuencia, inmunoglobulina M (IgM)^(4,5,12)

Varios estudios informan alteraciones en la glucosilación de IgA, niveles elevados de anticuerpos IgA anticardiolipina y niveles elevados de factor de crecimiento transformante (TGF). El hecho de que solo uno de los dos subtipos de IgA (IgA1, pero no IgA2) se encuentra en los infiltrados inflamatorios de esta enfermedad permanece sin explicación, del mismo modo, el papel preciso de IgA y la participación específica de IgA1 en la patogénesis^(12,33)

1.6. Manifestaciones clínicas:

La tétrada clásica incluye la purpura sin trombocitopenia ni coagulopatía, afectación articular (artritis / artralgia), dolor abdominal y enfermedad renal.

Estas manifestaciones clínicas pueden desarrollarse en el transcurso de días o semanas y pueden variar en su orden de presentación.

La púrpura y el dolor articular suelen ser los síntomas con mayor rango de presentación, pero este no es siempre el caso. La ausencia de la purpura como signo inicial puede dificultar el diagnóstico y llevarnos a sospechar de algún otro proceso infeccioso o quirúrgico relacionado a los síntomas articulares o digestivos.^(4,5,8,10,13,14)

La progresión de los síntomas puede darse en el transcurso de días o en forma insidiosa en semanas. Estos síntomas pueden acompañarse de fatiga y fiebre baja.

- **Púrpura:** las tres cuartas partes de los pacientes desarrollan una erupción, este síntoma precede a los otros síntomas con una media de 4 días. Comienza con papulas-maculas eritematosas no pruriginosas o urticaria, dichas lesiones se unen y evolucionan formando equimosis, petequias y purpura palpable la cual se define como hemorragias cutáneas mayores a 10 mm de diámetro, que no desaparecen a la vitropresión. El cambio de color en las lesiones antes de desaparecer, puede llevar un período de aproximadamente diez días, a veces producen ampollas y úlceras. Tiene la tendencia a localizarse en zonas de declive o de mayor presión, como las extremidades inferiores, glúteos y en la superficie extensora de las extremidades.^(4,5,14)

Es frecuente en menores de 3 años el edema subcutáneo localizado en el dorso de las manos y pies, zona periorbitaria, escroto, cuero cabelludo.⁽¹⁴⁾

- **Artralgia / artritis:** Los síntomas de las articulaciones fueron la segunda manifestación más común, y ocurrieron en cerca del 75% de pacientes.

La artritis es de inicio agudo definida como tumefacción articular y dolor que provoca limitación de movilidad y la artralgia es dolor articular sin tumefacción.

El compromiso es oligoarticular en su mayoría (de 2 a 4 articulaciones) no deformante y transitoria, no deja secuela crónica y tiende a ser autolimitada

Compromete frecuentemente articulaciones grandes en general en miembros inferiores (rodillas, tobillos, cadera) y con menor incidencia en miembros superiores (codos, muñecas) Los síntomas de la artritis incluyen inflamación, calor y en muchos casos hasta limitación en la movilidad. Estos síntomas pueden preceder a la púrpura en un 15 a 25 % pero no en más de 1 o 2 días. ^(1,4,5,15)

- Síntomas gastrointestinales:

Estas se presentan aproximadamente en 60 a 90 % de los casos. La presencia de sangre oculta en materia fecal, hipoalbuminemia sin proteinuria y de alfa 1 antitripsina en materia fecal sin síntomas gastrointestinales, sugiere que el compromiso de la mucosa intestinal es más común de lo que indica la historia clínica.

- El dolor abdominal se caracteriza por ser difuso, tipo cólico, de inicio agudo, localizado en mesogastrio, secundario al edema y la hemorragia de la submucosa. En un 75 % de los pacientes, el dolor aparece dentro de los 8 días después de la presentación del exantema, pero puede llegar a presentarse hasta más de un mes después. En el 15 a 35 % los síntomas preceden a la aparición de la purpura y cuando esto sucede es difícil establecer un diagnóstico ^(14,15,16)
- Náuseas y vómito, diarrea, íleo paralítico, sangrado intestinal, invaginación intestinal, isquemia mesentérica con infarto, perforación intestinal, apendicitis aguda, ascitis hemorrágica, pancreatitis (incluso hemorrágica), colecistitis y enteropatía perdedora de proteínas.
- El sangrado intestinal en forma de hematoquecia se presenta en el 25 % de los casos y la hematemesis en cerca del 10 %.
- La invaginación ocurre en el 2 al 3 %, originándose principalmente en el intestino delgado. ^(14,15,16,17)

- Enfermedad renal: La nefritis generalmente es leve en niños, mientras que los niños mayores y adultos tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad de moderada a grave. Estudios revelan que hay un 20 a 54% de niños que presentan daño renal temprano.

El análisis de orina en pacientes con nefritis por Purpura de Henoch Schonlein revela un sedimento caracterizado por hematuria microscópica o macroscópica con

hematíes más de 5 por campo o cilindros de eritrocitos o más de 2+ en la tira reactiva y proteinuria mayor de 0,3g/24 hora o cociente albumina/creatinina en orina >30 mmol/mg. Los pacientes con hematuria asintomática, generalmente tienen solo proliferación mesangial focal, mientras que los pacientes con proteinuria tienen una proliferación celular más marcada y, si sus valores están sobre el rango nefróticos, pueden tener formación de media luna⁽¹⁸⁾.

La presentación de las manifestaciones renales ocurrió después de cuatro semanas iniciado el cuadro en 84%, dentro de las seis semanas en 91% y dentro de seis meses en 97%^(5,18)

- Otros:
 - Escroto: 10 al 20% de niños presentan escroto agudo caracterizado por dolor, aumento de volumen y sensibilidad, frecuentemente unilateral, esta puede simular una torsión testicular, con ecografía se evidencia que el flujo sanguíneo es normal y hasta aumentado a diferencia de una torsión.
 - Sistema nervioso central: cefalea, convulsiones, encefalopatías, déficit neurológico focal, ataxia, hemorragia intracraneal, la mayoría son raras y transitorias.
 - Tracto pulmonar: representa menos del 1%, se puede encontrar capacidad de difusión pulmonar alterado y cambios intersticiales leves en radiografía de tórax a pesar de la ausencia de síntomas respiratorios, en adultos se puede encontrar por biopsia hemorragia alveolar difusa^(2,3,4,5,8,10)

1.7.Exámenes analíticos:

Los exámenes de rutina son inespecíficos. La hemoglobina generalmente se encuentra dentro de los parámetros normales, en casos especiales se evidencia anemia normocrómica que podría tener relación con hemorragia gastrointestinal, el recuento de plaquetas es normal, el hemograma maneja valores normales, se podrían dar casos de leucocitosis reflejando la condición desencadenante de naturaleza infecciosa bacteriana o viral por lo que se elevaría el VSG.

En todos los pacientes se debe efectuar pruebas de función renal, análisis de orina, y comprobar el grado de compromiso del tracto gastrointestinal.

Los estudios de imagen no se realizan de forma rutinaria en la evaluación solo cuando el compromiso intestinal es severo. (4,5,6,11,14,16,17)

En la ecografía se puede evidenciar engrosamiento asimétrico de la pared intestinal, dilatación, hipomotilidad, así como colección de fluidos intraperitoneales e intususcepción. (39,40,41)

En cuanto a los hallazgos endoscópicos incluye enrojecimiento, hinchazón, petequias, hemorragia de la submucosa, purpura, erosiones y ulceración de la mucosa, son hallazgos comunes la gastritis y duodenitis. (39,40,43)

1.8. Diagnóstico:

En el 2005 la Sociedad Europea de Reumatología Pediátrica bajo el respaldo de la European League Against Rheumatism propuso nuevos criterios clasificatorios, validados en el 2008 con sensibilidad del 100% y especificidad del 87%:

Purpura palpable obligatoria en presencia de uno o más de los siguientes:

- Dolor abdominal cólico difuso
- Biopsia que muestre un predominio de depósitos de IgA
- Artritis o artralgia
- Compromiso renal^(5,2344)

1.9. Tratamiento:

El curso de la enfermedad es autolimitado por lo que no existe un tratamiento específico, por lo general se centra en el soporte, dirigido al alivio del dolor, a mantener una adecuada hidratación y nutrición. Y al reposo aunque no se ha definido aún su utilidad. (1,4,5,6,7)

Se debe hospitalizar a los niños que presentan importante dolor abdominal o articular por el riesgo a complicaciones de hemorragia, invaginación, perforación, etc. Y controlar los síntomas. (45)

Las manifestaciones en la piel rara vez necesitan tratamiento, en caso de lesiones bulosas se han utilizado ahorradores de corticoides como dapsona y colchicina.

En cuanto al manejo del dolor se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos y solo en situaciones muy graves el uso de corticoides debido a la falta de información de los posibles efectos adversos a la larga.^(17,18,47)

No se encontró relación entre el uso de AINES y el riesgo de hemorragia gastrointestinal, sin embargo si está contraindicado ante la presencia de hemorragia gastrointestinal activa o glomerulonefritis. Se utilizan en el caso de dolores leves a moderados: naproxeno 10 a 20 mg /kg dividida en dos dosis al día.^(19,49)

Con los corticoesteroides la inflamación mejora pero no parece modificar el curso de la enfermedad: se recomienda su uso solo en caso que este afectada la ingesta oral , la capacidad para deambular, se da prednisona en dosis de 1 a 2 mg/kg/día (máxima dosis de 60 a 80 mg al día) por una a dos semanas, disminuyéndolos posteriormente lentamente en 4 a 8 semanas, ya que se puede presentar reagudización de los síntomas Si no se tolera la prednisona se puede utilizar la metilprednisolona a una dosis de 0,8 a 1,6 mg/ kg/día (máxima dosis de 64 mg/día)^(49,50,51)

Factor XIII puede mejorar los síntomas gastrointestinales y las lesiones observadas por endoscopia, especialmente cuando se detecta su deficiencia, el cuadro clínico severo lo amerita.⁽⁵³⁾

Mofetil micofenolato se ha utilizado en casos con severo compromiso gastrointestinal que no han respondido a los corticoides, pero hacen falta más estudios que avalen su utilidad en esta patología. ^(17,18,42,53,54)

Inmunoglobulina intravenosa: ha sido utilizada en algunos pacientes con enfermedad severa, especialmente ante la presencia de hemorragias gastrointestinales en las que fracasaron los corticoides o su uso estaba contraindicado, pero la experiencia de utilización es escasa, ya que existen muy pocos casos publicados. ^(17,18,19,42,53,54,55,56)

1.10. Pronóstico:

La Purpura de Henoch Schonlein sin nefritis es una enfermedad autolimitada con resolución completa de los síntomas dentro de las 3 o 4 semanas iniciado el cuadro, dos tercios de los pacientes no presentan recurrencia, el tercio restante repite el cuadro por lo menos una vez dentro de los cuatro meses posteriores a la presentación

inicial, generalmente. Cada episodio posterior tiene manifestaciones clínicas parecidas pero en menor intensidad y duración.^(21,45,57)

Algunos estudios asocian la recurrencia con la presencia de afección renal, y de dolor abdominal y articular severo, no se encontraron diferencias laboratoriales entre los pacientes con y sin recurrencia.^(21,45,57)

La mortalidad y morbilidad significativa en fase inicial está relacionado con casos extremos de afección gastrointestinal como la intususcepción o mas raros aun como la isquemia y perforación intestinal, pancreatitis, etc.^(4,5,6,48,57,58)

El pronóstico a corto plazo de la enfermedad renal es favorable en la mayoría de los pacientes, con una recuperación completa del 94% en una media de aproximadamente 18 meses. El pronóstico renal es excelente cuando la hematuria transitoria y la proteinuria se resuelven dentro de los meses siguientes, un curso que generalmente se asocia con afectación glomerular focal. Si no se resuelve, el pronóstico probable a largo plazo de los niños con nefritis será la insuficiencia renal que se definió como proteinuria de rango nefrótico (con o sin edema o hipoalbuminemia), una creatinina sérica elevada y / o hipertensión , en este caso la biopsia nos puede dar mayor información en cuanto al pronóstico, en los pacientes con semilunas que involucran más del 50% de los glomérulos, el 37% progresó a la enfermedad renal en etapa terminal y otro 18% tuvo enfermedad renal crónica.^(4,5,17,19,21)

1.11. Seguimiento:

Una revisión sistemática revelo que el 90% de los niños que presentaron afectación renal lo hicieron en los dos meses posteriores al inicio del cuadro y el 97% en los 6 meses después del debut, por lo que este es el mínimo tiempo de seguimiento recomendado.^(19,20,59,60)

Los niños con un análisis de orina inicialmente normal deben someterse a un examen de orina y control de presión arterial cada 15 días durante 2 meses y luego mensual hasta los 6 meses. Los niños con hematuria aislada con o sin proteinuria de rango no nefrótico que persiste después de seis meses deben tener un control periódico de la

creatinina sérica siempre que persistan la hematuria y la proteinuria. Los niños con mayor riesgo deben ser evaluados por un nefrólogo.

Existen estudios en los que refieren una relación de mayor riesgo de hipertensión arterial en el embarazo, en mujeres con el antecedente de Purpura de Henoch Schonlein.^(4,21)

El seguimiento de estos pacientes es simple incluso se validó el uso de tiras reactivas en orina para controlar el desarrollo de la nefritis por lo que su control es fácil de manejar en atención primaria y se puede evitar las complicaciones^(5,7,61,62)

2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1 Autor: Moscoso Alarcón Julio

Título: Valoración terapéutica de la Púrpura de Henoch Schonlein en el Departamento de Pediatría del Hospital Goyeneche, Arequipa 2000 – 2012

Resumen: La Púrpura de Henoch-Schonlein (PHS) es una vasculitis sistémica no trombocitopénica común en la infancia, caracterizada por la afectación de piel, articulaciones, tracto gastrointestinal y riñones. Su tratamiento poco se ha modificado en las últimas décadas, a pesar de la enorme investigación en el área para disminuir la respuesta inflamatoria asociada. El presente estudio, se realizó en el Servicio de Pediatría del Hospital III Goyeneche MINSA – Arequipa, con la revisión documental de todos los niños que fueron hospitalizados con el diagnóstico de Purpura de Henoch Schonlein entre los años 2000 al 2012. Se estudiaron 26 pacientes con diagnóstico de PHS, la edad de presentación más frecuente fue de 6 a 10 años que corresponde al 50% de la población estudiada, El 58% de los casos reportados correspondieron al sexo femenino, 38% de los casos se presentaron en invierno, el factor predisponente más frecuente fue la exposición a un agente infeccioso en el 46% de los pacientes. En relación a las manifestaciones clínicas, las lesiones dérmicas se encontraron en el 100% de los pacientes caracterizados por lesiones purpúricas palpables a nivel de los miembros inferiores, el dolor abdominal lo representó el 85% de pacientes y el 54% de pacientes presentó artralgiás a nivel de tobillos. En cuanto

al tratamiento, 13 recibieron tratamiento con corticoides (50% de los casos), y la otra mitad recibió tratamiento convencional. Se logró demostrar que los corticoides son más efectivos que el tratamiento convencional en cuanto al tiempo de hospitalización (media: 4.92, p: 0.020, magnitud de impacto: 31% en el primer punto de corte y 23% en el segundo punto de corte). Así como desaparición del dolor abdominal (media: 1.85, p: 0.001, magnitud de impacto: 83% en el primer punto de corte y 37% en el segundo punto de corte).⁽²²⁾

Cita en Vancouver: Moscoso Alarcón Julio. Valoración de la Púrpura de Henoch Schonlein en el Departamento de Pediatría del Hospital Goyoneche, Arequipa 2000-2012[Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Arequipa:Universidad Católica Santa María; 2013

3.2 Autor: Valdez Viladegut, Joaquín Sebastián

Título: Características epidemiológicas, clínicas y laboratoriales en pacientes con purpura de Henoch Schonlein en el H.R.H.D.E. Minsa – Arequipa del 1 de Enero del 2001 al 31 de Diciembre del 2010

Resumen: La purpura de Henoch Schonlein es una enfermedad caracterizada por presentarse bajo la forma de una vasculitis leucocitoclástica, siendo más frecuente entre las edades de 4 a 8 años, cuyas manifestaciones cardinales son purpura palpable, dolor abdominal, dolor articular y en casos poco frecuentes nefritis. El objetivo de este estudio fue determinar las características epidemiológicas, clínicas y laboratoriales en pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinosa MINSA Arequipa entre Enero del 2001 a Diciembre del 2010. Se evaluó a 42 pacientes hospitalizados según criterios de inclusión, en donde se encontró 57% de sexo femenino, 43% de sexo masculino entre las edades de 1 mes hasta 19 años, hallándose la relación de 1,1:2, se encontró como manifestación principal la presencia de lesiones purpúricas o petequiales y un 43% de los pacientes habían referido en la historia clínica antecedente de proceso respiratorio alto. El síntoma digestivo más frecuente fue el dolor abdominal (50%). Se presentaron problemas articulares en un 57%. No se hallaron valores de laboratorio característicos en la enfermedad.

Cita en Vancouver: Valdez Viladegut, Joaquín Sebastián. Características epidemiológicas, clínicas y laboratoriales en pacientes con purpura de Henoch Schonlein en el H.R.H.D.E. Minsa – Arequipa del 1 de Enero del 2001 al 31 de Diciembre del 2010 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Arequipa: Universidad Católica Santa María; 2012.⁽²³⁾

A nivel nacional

3.3 Autor: Angeles Lourdes, Ballona Rosalía

Título: Púrpura de Henoch-Schönlein: epidemiología, clínica y seguimiento por cinco años en pacientes hospitalizados en el Instituto Especializado de Salud del Niño, 1995-1999

Resumen: el objetivo fue determinar las características epidemiológicas, clínicas y el pronóstico de la púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) en pacientes hospitalizados en el Instituto Especializado de Salud del Niño (IESN), durante el periodo 1995-1999. Se seleccionaron las historias de pacientes entre 2 y 17 años, hospitalizados con diagnóstico de PHS, que cumplieran con los criterios. Se excluía a todo paciente que hubiera presentado patologías previas con vasculitis o durante el curso de su enfermedad. Se estudiaron 49 niños, 71% mujeres y 29% varones, el rango de edades fue de 2 a 16 años (media 6.2 ± 3.3), el grupo etario más afectado fue el escolar (63%), seguido del preescolar (33%). Se identificó como posible factor desencadenante la infección de vías respiratorias altas en 14 pacientes (29%), de los cuales sólo uno registró ingesta previa de fármacos. El número de casos de PHS fue mayor en invierno con un 43%. Se observó compromiso cutáneo (100%), articular (63%), digestivo (53%) y renal (20%). El signo de púrpura palpable se encontró en todos los pacientes y los miembros inferiores fueron los más afectados (98%). El patrón articular más frecuente fue el oligoarticular. A nivel gastrointestinal el dolor abdominal fue el signo de mayor presentación (49%), y la afección renal se presentó en un 20%, más frecuentemente con microhematuria. No existió uniformidad en la solicitud de los exámenes auxiliares de laboratorio. Se realizó biopsia de piel en nueve pacientes, encontrándose vasculitis leucocitoclástica en seis de ellos. La

inmunofluorescencia directa, realizada en cinco pacientes, fue negativa. Se registraron controles posteriores al alta en solo el 31% de pacientes, de los cuales el 8% registró recurrencia. Conclusiones: La clínica de la PHS se caracteriza por compromiso cutáneo, articular, digestivo y renal. La púrpura palpable es la manifestación más importante y constituiría el criterio clínico principal para sospechar o establecer el diagnóstico. El pronóstico de la PHS en el presente estudio es aún incierto, ya que no se cuenta con registro de seguimiento suficiente para poder determinarlo.⁽²⁴⁾

Cita en Vancouver: Angeles Lourdes, Ballona Rosalía. Púrpura de Henoch-Schönlein: epidemiología, clínica y seguimiento por cinco años en pacientes hospitalizados en el Instituto Especializado de Salud del Niño, 1995-1999. Folia dermatol. Peru 2007; 18 (3): 111-117.

A nivel internacional

3.4 Autor: Miralles, Ana; García, Ana María; Morales, María José; Gómez, Marta; Tormo, Teresa; Orta, Nelson; Sequí, José Miguel

Título: Purpura de Henoch Schonlein en niños: casuística del Hospital de Gandia, Valencia. España

Resumen: La Purpura de Henoch Schonlein (PHS) es la vasculitis más frecuente en pediatría. Su análisis epidemiológico, clínico y evolución, son importantes en el manejo de los pacientes. El objetivo fue revisar una serie de pacientes con PHS de un hospital de referencia comarcal. Se recogió información de las historias clínicas y se analizaron los datos de acuerdo a parámetros definidos. 17 pacientes menores de 15 años fueron evaluados; esta cifra corresponde a 29 casos/año/100.000 habitantes <15 años de edad promedio de 6.12 a 4.9 años; predominando el sexo masculino; la mayoría de casos se presentó en otoño e invierno. Se detectó antecedente infeccioso previo en 47% de los casos, a predominio de infecciones del tracto respiratorio alto y la forma de presentación más frecuente fue la triada: purpura cutánea palpable, manifestaciones gastrointestinales y articulares. Se encontró que el 53% presentaron manifestaciones nefrológicas inicial, predominando hematuria y proteinuria. Todos los casos mantuvieron función renal normal. Todos los pacientes han evolucionado

favorablemente después de 11 meses de seguimiento ambulatorio. Conclusiones: la casuística en este hospital muestra que la incidencia es mayor al promedio reportado en la mayoría de las casuísticas internacionales y es mayor en otoño, distinto a lo habitual reportado. Lo que sugiere la probable existencia de factores ambientales, microbiológicos o de otra índole, lo cual amerita más estudios.⁽²⁵⁾

Cita en Vancouver: Miralles, Ana; García, Ana María; Morales, María José; Gómez, Marta; Tormo, Teresa; Orta, Nelson; Sequí, José Miguel. Púrpura de Henoch Schonlein en niños: casuística del Hospital de Gandía, Valencia. España. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2017; Vol 80 (2): 47 - 51

3.5 Autor: Cáceres Mosquera Jimena, Fuentes Velasco Yolanda, Romero Navarro Benjamín, Valverde Rosas Saúl, García Roca Pilar, Gomezchico Velasco Rebeca.

Título: Púrpura de Henoch-Schönlein: Reporte de 105 pacientes pediátricos.

Resumen: La púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) es la vasculitis más frecuente en niños. El objetivo es conocer la presentación clínica y evolución de los pacientes con PHS que se han tratado en el hospital en los últimos 5 años. Es un estudio retrospectivo en pacientes que acudieron al Hospital Infantil de México Federico Gómez, del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2005, con diagnóstico de PHS. Se encontraron 105 pacientes con una mediana de edad de 6 años. El tiempo promedio de seguimiento fue de 15 meses. Todos presentaron lesiones dérmicas, 49.5% dolor abdominal y 41% artritis; 45 (42.9%) pacientes manifestaron nefropatía, con un promedio de aparición de 4.5 meses después de las lesiones dérmicas. Sólo en 37.7% de los casos con nefropatía desaparecieron las alteraciones urinarias. Se realizó biopsia renal en 14 pacientes. La lesión histopatológica más frecuente fue el grado IIIA. La edad de presentación tuvo relación estadísticamente significativa con la presencia de nefritis, los mayores de 10 años tuvieron mayor incidencia de nefritis y los menores de 5 años menor incidencia (Chi cuadrada, $P < 0.05$). La incidencia global de insuficiencia renal crónica fue de 0.95%. En conclusión la edad de presentación es un factor pronóstico para la evolución de la enfermedad. Si bien la púrpura es una vasculitis, la principal complicación a largo plazo es renal, por lo que el seguimiento de los pacientes debe ser supervisado por un nefrólogo pediatra.⁽²⁶⁾

Cita en Vancouver: Cáceres Mosquera Jimena, Fuentes Velasco Yolanda, Romero Navarro Benjamín, Valverde Rosas Saúl, García Roca Pilar, Gomezchico Velasco Rebeca et al . Púrpura de Henoch-Schönlein: Reporte de 105 pacientes pediátricos. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2006 Oct [citado 2018 Feb 10] ; 63(5): 314-321. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000500005&lng=es.

3.6 Autor: Calvo-Río V., Loricera J., Mata C., Martín L., Ortiz-Sanjuán F., Alvarez L., González-Vela M.C., González-Lamuño D., Rueda-Gotor J., Fernández-Llaca H., González-López M.A., Armesto S, Peiró E, Arias M, González-Gay MA, Blanco R.

Título: Henoch-Schönlein purpura in northern Spain: clinical spectrum of the disease in 417 patients from a single center.

Resumen: a gravedad de las características clínicas de la púrpura de Henoch-Schönlein (HSP) varían mucho, probablemente debido al sesgo de selección. Se realizó una revisión retrospectiva de 417 pacientes clasificados como HSP según los criterios propuestos por Michel et al. De 417 pacientes, 240 eran hombres y 177 mujeres, con una mediana de edad en el momento del diagnóstico de la enfermedad de 7,5 años. Tres cuartas partes de los pacientes eran niños o jóvenes de 20 años o menos. Los eventos precipitantes más frecuentes fueron una infección previa (38%), generalmente una infección del tracto respiratorio superior, y / o consumo de medicamentos (18.5%) poco antes del inicio de la vasculitis. Al inicio de la enfermedad, las manifestaciones más comunes fueron lesiones cutáneas (55,9%), nefropatía (24%), afectación gastrointestinal (13,7%), síntomas articulares (9,1%) y fiebre (6,2%). La afectación cutánea fue la manifestación más frecuente seguida de compromiso gastrointestinal (64,5%), articular (63,1%) y renal (41,2%). Los principales hallazgos de laboratorio fueron leucocitosis (36,7%), anemia (8,9%) y aumento de los niveles séricos de IgA (31,7%). Las terapias más frecuentes utilizadas fueron corticoides (35%), fármacos antiinflamatorios no esteroideos (14%) y agentes citotóxicos (5%). Después del seguimiento de 12 meses, se observó una recuperación completa en la mayoría de los casos (83.2%), se observó nefropatía solo en 32 (7,7%) casos. Se observaron recaídas en casi un tercio de los pacientes (n = 133; 31,9%). En

conclusión, aunque HSP es una vasculitis típica que afecta a niños y jóvenes, no es poco común en adultos. El pronóstico es favorable en la mayoría de los casos, dependiendo en gran medida de la afectación renal.⁽²⁷⁾

Cita en Vancouver: Calvo-Río V., Loricera J., Mata C., Martín L., Ortiz-Sanjuán F., Alvarez L., González-Vela M.C., González-Lamuño D., Rueda-Gotor J., Fernández-Llaca H., González-López M.A., Armesto S, Peiró E, Arias M, González-Gay MA, Blanco R. Henoch-Schönlein purpura in northern Spain: clinical spectrum of the disease in 417 patients from a single center. (2014) *Medicine (Baltimore)*. Mar; 93(2):106-13.



3. **Objetivos.**

General

Determinar las características clínico epidemiológicas, de seguimiento y tratamiento de la Purpura de Henoch Schonlein en población pediátrica del Hospital Regional Honorio Delgado

Específicos

- Describir las características epidemiológicas de la purpura de Henoch Schonlein.
- Identificar las características clínicas más frecuentes de la purpura de Henoch Schonlein.
- Determinar la terapia más frecuente utilizada en el Hospital Regional Honorio Delgado.
- Identificar la presentación de complicaciones en el seguimiento de los pacientes con diagnóstico de purpura de Henoch Schonlein post alta hospitalaria.

4. **Hipótesis**

Por ser un estudio descriptivo no requiere hipótesis

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

2. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: se utilizara la observación documental para recoger la información de los casos

Instrumentos: fichas de recolección de datos adaptada a las variables e indicadores.

El modelo de la ficha figura en el ANEXO 01

Materiales:

- Material de escritorio
- Ficha de recolección de datos
- Recursos humanos
- Historias clínicas
- Computadora con software de procesamiento de textos y procesamiento estadístico

3. Campo de verificación

5.1. Ubicación espacial:

Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado- Arequipa

5.2. Ubicación temporal:

Es un estudio retrospectivo, que implica la observación de historia clínicas con el diagnostico de Purpura de Henoch Schonmein del 1 de Enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2017

5.3. Unidades de estudio:

Universo: Población pediátrica de 0 a 15 años de edad atendidos en el H.R.H.D.

Muestra: toda la población pediátrica que cumpla con los criterios siguientes:

Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos en el H.R.H.D. desde el 2010 al 2017
- Pacientes con el diagnostico de Purpura de Henoch Schonlein
- Pacientes que al momento de su ingreso tuvieron 15 o menos años de edad
- Pacientes que presentaron un recuento de plaquetas dentro de los valores normales

Criterios de exclusión

- Pacientes con antecedente de vasculitis previas
- Historias clínicas incompletas, o con letra poco entendible
- Paciente fugado

4. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

- Autorización del Director del Hospital Regional Honorio Delgado y los respectivos jefes de los servicios de Estadística y pediatría, para tener acceso a las historias clínicas
- Se utilizará como instrumento una ficha de recolección para cada paciente
ANEXO 01

3.2. Recursos

- c) Humanos
 - Investigador: Annie Sheyla Dueñas Mendoza
 - Asesor: Omar Barreda Vela
- d) Económico:
Autofinanciado

4. Criterios para manejo de resultados

Se elaborará una base de datos en Excel 2015 de los datos recolectados en la fichas de los pacientes que cumplan con los criterios antes mencionados, los datos se clasificarán de acuerdo a las variables del estudio, se codificará la información de acuerdo a la operacionalización de variables, se analizarán los datos de acuerdo a frecuencias y relaciones de las variables

IV. Cronograma de Trabajo

Tiempo en meses Actividades	Año			
	2017	2018		
	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Búsqueda bibliográfica de problema de investigación	X			
Elaboración del proyecto		X		
Redacción de proyecto		X		
Ejecución de proyecto			X	
Recolección de datos			X	
Estructuración de resultados			X	X

BIBLIOGRAFIA:

1. Mazas MC. Púrpura de Schönlein Henoch: Qué hay de nuevo?. Rev. argent. dermatol. [Internet]. 2011 Mar [citado 2018 Feb 10] ; 92(1): . Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2011000100003&lng=es.
2. Rigante D, Castellazzi L, Bosco A, Esposito S. Is there a crossroad between infections, genetics, and Henoch-Schönlein purpura?. Autoimmun Rev. 2013 Aug;12(10):1016-1021.
3. Yang YH, Yu HH, Chiang BL. The diagnosis and classification of Henoch-Schönlein purpura: an updated review. Autoimmun Rev. 2014 Apr;13(4-5):355-8.
4. Kliegman Robert M, Stanton Bonita F, St. Geme Joseph W, Schor Nina F,. Enfermedades reumaticas de la infancia. Behrman Richard E. Nelson Tratado de Pediatría. Barcelona: Elsevier; 2013. Pp(907-910).
5. Campos Ricart S. Púrpura de Schönlein-Henoch. Protoc diagn ter pediatri. 2014;1:131-140[Revista en internet].[Citado el 10 de Febrero del 2017]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_purpura_schonlein-henoch.pdf
6. Cantillo Turbay Jorge de Jesús, Iglesias Gamarra Antonio. Historia de la púrpura de Henoch-Schönlein. Acta Med Colomb [Internet]. 2007 Junio [citado 2018 Feb 13] ; 32(2): 97-100. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482007000200009&lng=en.
7. Marquez Granja Andrea Azucena. Púrpura de Henoch Schonlein en niños menores de 10 años en el Servicio de Pediatría en el periodo Enero- Diciembre 2009 en el Hospital Provincial Docente Ambato. [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2010.

8. Piram M, Mahr A. Epidemiology of immunoglobulin A vasculitis (Henoch-Schönlein): current state of knowledge. *Curr Opin Rheumatol*. 2013;25(2):171-178.
9. Yang YH, Hung CF, Hsu CR, Wang LC, Chuang YH, Lin YT, Chiang. A nationwide survey on epidemiological characteristics of childhood Henoch-Schönlein purpura in Taiwan. *Rheumatology (Oxford)*. 2005;44(5):618
10. Bonetto C, Trotta F, Felicetti P, Alarcón GS, Santuccio C, Bachtiar NS, Brauchli Pernus Y, Chandler R, Girolomoni G, Hadden RD, Kucuku M, Ozen S, Pahud B, Top K, Varricchio F, Wise RP, Zanoni G, Živković S, Bonhoeffer J, Brighton Collaboration Vasculitis Working Group. Vasculitis as an adverse event following immunization - Systematic literature review. *Vaccine*. 2016; 34(51):6641.
11. Saulsbury FT. Epidemiology of Henoch Schönlein purpura. *Cleve Clin J Med* 2002; 69 (2): S II87-SII90
12. Yao-Hsu Yang a, Ya-Hui Chuang b, Li-Chieh Wang a, Hsin-Yi Huang a, M. Eric Gershwin c, Bor-Luen Chiang a. The immunobiology of Henoch-Schönlein purpura. *Autoimmunol Rev* 2008; 7 (3): 179-843
13. Jauhola O, Ronkainen J, Koskimies O, Ala-Houhala M, Arikoski P, Hölttä T, Jahnukainen T, Rajantie J, Ormälä T, Nuutinen M. Clinical course of extrarenal symptoms in Henoch-Schönlein purpura: a 6-month prospective study. *Arch Dis Child*. 2010;95(11):871.
14. Chacaltana Mendoza Alfonso. Compromiso Duodenal en púrpura de Henoch-Schönlein. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2010 Jul [citado 2018 Feb 23]; 30(3): 228-231. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292010000300007&lng=es.
15. BAILEY M, CHAPIN W, LICHT H, REYNOLDS JC. The effects of vasculitis on the gastrointestinal tract and liver. *Gastroenterol Clin North Am* 1998;27:747-82.
16. Carlos Esteban Fernández-Zarzaa, María Chaparro Sáncheza, Ricardo Moreno Oteroa, Guillermo Guhlb, Amaro García Díezb y Cecilio Santander Vaqueroa. Púrpura de Schönlein-Henoch con afectación intestinal: exposición clínica. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31(2):75-8

17. López JJ, Ángel D, Lancheros D. Púrpura de Schönlein-Henoch con compromiso abdominal, descripción de un caso y revisión de la literatura. Rev CES Med 2013; 27(2):243-254
18. Habib R, Niaudet P, Levy M. Schönlein-Henoch purpura nephritis and IgA nephropathy. In: Renal Pathology with Clinical and Functional Correlations, Tisher CC, Brenner BM (Eds), Lippincott, Philadelphia 1993. p.472
19. López JJ, Ángel D, Lancheros D. Púrpura de Schönlein-Henoch con compromiso abdominal, descripción de un caso y revisión de la literatura. Rev CES Med 2013; 27(2):243-254
20. Aguado Martínez B., Tojeiro Lorente S.. Púrpura, todo un reto diagnóstico en la consulta de Atención Primaria: a propósito de un caso. Medifam [Internet]. 2003 Feb [citado 2018 Mar 01]; 13(2): 64-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000200009&lng=es.
21. [Croche Santander B](#), [Campos E](#), [Sánchez A](#), [Marcos L](#), [Díaz I](#), [Toro C](#). Henoch-Schonlein purpura involving the penis: a case report. [Arch Argent Pediatr](#). 2016 Aug 1;114(4):e249-51.
22. Moscoso Alarcón Julio. Valoración de la Púrpura de Henoch Schonlein en el Departamento de Pediatría del Hospital Goyoneche, Arequipa 2000-2012 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Arequipa: Universidad Católica Santa María; 2013
23. Valdez Viladegut, Joaquín Sebastiás. Características epidemiológicas, clínicas y laboratoriales en pacientes con purpura de Henoch Schonlein en el H.R.H.D.E. Minsa – Arequipa del 1 de Enero del 2001 al 31 de Diciembre del 2010 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Arequipa: Universidad Católica Santa María; 2012
24. Angeles Lourdes, Ballona Rosalía. Púrpura de Henoch-Schönlein: epidemiología, clínica y seguimiento por cinco años en pacientes hospitalizados en el Instituto Especializado de Salud del Niño, 1995-1999. Folia dermatol. Peru 2007; 18 (3): 111-117.
25. Miralles, Ana; García, Ana María; Morales, María José; Gómez, Marta; Tormo, Teresa; Orta, Nelson; Sequí, José Miguel. Purpura de Henoch Schonlein en niños:

- casuística del Hospital de Gandía, Valencia. España. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2017; Vol 80 (2): 47 – 51
26. Cáceres Mosquera Jimena, Fuentes Velasco Yolanda, Romero Navarro Benjamín, Valverde Rosas Saúl, García Roca Pilar, Gomezchico Velasco Rebeca et al . Púrpura de Henoch-Schönlein: Reporte de 105 pacientes pediátricos. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2006 Oct [citado 2018 Feb 10] ; 63(5): 314-321. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000500005&lng=es.
27. Calvo-Río V., Loricera J., Mata C., Martín L., Ortiz-Sanjuán F., Alvarez L., González-Vela M.C., González-Lamuño D., Rueda-Gotor J., Fernández-Llaca H., González-López M.A., Armesto S, Peiró E, Arias M, González-Gay MA, Blanco R. Henoch-Schönlein purpura in northern Spain: clinical spectrum of the disease in 417 patients from a single center. (2014) Medicine (Baltimore). Mar; 93(2):106-13.
28. Hughes FJ, Wolfish NM, McLaine PN (1988) Síndrome de Henoch-Schonlein y nefropatía por IgA: informe de un caso que sugiere una patogénesis común. *Pediatr Nephrol* 2 (4): 389-392
29. Meadow SR, Scott DG (1985) Enfermedad de Berger: síndrome de Henoch-Schonlein sin la erupción. *J Pediatr* 106 (1): 27-32
30. Kato S, Ozawa K, Ando N, Naganuma H, Iinuma K, Nagura H (2004) Inmunoglobulina A enteropatía: una posible variante de la púrpura de Henoch-Schonlein. *Dig Dis Sci* 49 (11-12): 1777-1781
31. Saulsbury FT (2001) Púrpura de Henoch-Schonlein. *Curr Op Rheum* 13: 35-40
32. Saulsbury FT (1997) Alteraciones en la glucosilación ligada a O de IgA1 en niños con púrpura de Henoch-Schonlein. *J Rheumatol* 24: 2246-2249
33. Tomana M, Novak J, Julian BA, Matousovic K, Konecny K, Mestecky J (1999) Los complejos inmunes circulantes en la nefropatía por IgA consisten en IgA1 con región bisagra deficiente en galactosa y anticuerpos antiglicanos. *J Clin Invest* 104: 73-81

34. Hiki Y, Kokubo T, Iwase H, Masaki Y, Sano T, Tanaka A, Toma K, Hotta K, Kobayashi Y (1999) La subglicosilación de la bisagra de IgA1 juega un cierto papel para su deposición glomerular en la nefropatía por IgA. *J Am Soc Nephrol*
35. Trapani S, Micheli A, Grisolia F, Resti M, Chiappini E, Falcini F, De Martino M (2005) Púrpura de Henoch Schonlein en la infancia: análisis epidemiológico y clínico de 150 casos en un período de 5 años y revisión de la literatura. *Semin Arthr Rheum* 35 (3): 143-153
36. Farley TA, Gillespi S, Rasoulpour M, Tolentino N, Hadler JL, Hurwitz E (1989) Epidemiología de un grupo de púrpura de Henoch-Schonlein. *Am J Dis Child* 143: 798-803
37. 10: 760-769
38. Nikolova EB, Tomana M, Russell MW (1994) El papel de las cadenas de carbohidratos en la fijación del complemento (C3) por la IgA humana unida a la fase sólida. *Immunology* 82: 321-327
39. Chang WL, Yang YH, Lin YT, Chiang BL (2004) Manifestaciones gastrointestinales en la púrpura de Henoch-Schonlein: una revisión de 261 pacientes. *Acta Pediatr* 93 (11): 1427-1431
40. Gardner-Medwin JMM, Dolezalova P, Cummins C, Southwood TR (2002) Incidencia de la púrpura de Henoch-Schonlein, enfermedad de Kawasaki y vasculitis raras en niños de diferentes orígenes étnicos. *Lancet* 360: 1197-1202
41. Saulsbury FT (1999) Púrpura de Henoch-Schonlein en niños. Informe de 100 pacientes y revisión de la literatura. *Medicina* 78 (6): 395-409
42. Nielsen HE (1988) Epidemiología de la púrpura de Schonlein-Henoch. *Acta Paediatr Scand* 77 (1): 125-131
43. Motoyama O, Iitaka K (2005) Casos familiares de púrpura de Henoch-Schonlein en ocho familias. *Pediatr Int* 47 (6): 612-615
44. Lindenauer SM, Tank ES (1966) Aspectos quirúrgicos de la púrpura de Henoch-Schonlein. *Cirugía* 59 (6): 982-987
45. Chao HC, Kong MS, Lin SJ (2000) Participación hepatobiliar de la púrpura de Henoch-Schonlein en niños. *Acta Paediatr Taiwan* 41 (2): 63-68

46. Cioc AM, Sedmak DD, Nuovo GJ, Dawood MR, Smart G, Magro CM (2002) Parvovirus B19 asociado a la púrpura de Schonlein de Henoch. *J Cutan Pathol* 29 (10): 602-607
47. Ohtsuka T, Yamazaki S (2005) Prevalencia del gen NS1 del componente B19 del parvovirus humano en pacientes con púrpura de Henoch-Schonlein y vasculitis por hipersensibilidad. *Br J Dermatol* 152 (5): 1080-1081
48. Challine-Lehmann D, Mauberquez S, Pawlotsky J, Rostoker G (1999) Parvovirus B19 y púrpura de Schonlein-Henoch en adultos. *Nephron* 83 (2): 172
49. Goldberg EI, Shoji T, Sapadin AN (1999) Púrpura de Henoch-Schonlein inducida por claritromicina. *Internat J Dermatol* 38 (9): 706-708
50. Islek I, Kalayci AG, Gok F, Muslu A (2003) Púrpura de Henoch-Schonlein asociada con infección por hepatitis A. *Pediatr Int* 45 (1): 114-116
51. Hayakawa T, Imaeda H, Nakamura M, Komoto S, Maruta K, Shiozu H, Ogata H, Iwao Y, Ishii H, Hibi T (2005) Asociación de colitis pseudomembranosa con púrpura de Henoch-Schonlein. *J Gastroenterol* 40 (6): 641-645
52. Gershoni-Baruch R, Broza Y, Brik R (2003) Prevalencia e importancia de las mutaciones en el gen familiar de la fiebre mediterránea en la púrpura de Henoch-Schonlein. *J Pediatr* 143 (5): 658-661
53. Sano H, Izumida M, Shimizu H, Ogawa Y (2002) Factores de riesgo de afectación renal y proteinuria significativa en la púrpura de Henoch-Schonlein. *Eur J Pediatr* 161 (4): 196-201
54. Shin JI, Park JM, Shin YH, Hwang DH, Kim JH, Lee JS. Predictive factors for nephritis, relapse, and significant proteinuria in childhood Henoch-Schönlein purpura. *Scand J Rheumatol* 2006;35:56-60.
55. Hong JH, Na HJ, Namgung MG, Choe SO, Han BG, Jeong SH, et al. Different clinical courses of Henoch-Schönlein purpura in children, adolescents and adults. *Korean J Pediatr* 2005;48:1244
56. Cohen N, Mimouni FB, Friedel N, Amarilyo G. Predictors of hospital length of stay in pediatric Henoch-Schönlein purpura. *Rheumatol Int* 2015;35:1561-4.
57. Oh JM, Park JH. Clinical features of Henoch-Schonlein purpura gastroenteropathy without purpura before diagnosis. *Korean J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;7:54-60.

58. Yang HR, Choi WJ, Ko JS, Seo JK. Intravenous immunoglobulin for severe gastrointestinal manifestation of Henoch-Schönlein purpura refractory to corticosteroid therapy. *Korean J Pediatr* 2006;49:784-9.
59. Choi HJ, Cho HY, Kim EJ, Lee BS, Kang HG, Ha IS, et al. Prognostic factors in children with Henoch-Schonlein purpura nephritis. *J Korean Soc Pediatr Nephrol* 2005;9:183-92.
60. Tabel Y, Inanc FC, Dogan DG, Elmas AT. Clinical features of children with Henoch-Schonlein purpura: risk factors associated with renal involvement. *Iran J Kidney Dis* 2012;6:269-74.
61. Wang X, Zhu Y, Gao L, Wei S, Zhen Y, Ma Q. Henoch-Schönlein purpura with joint involvement: analysis of 71 cases. *Pediatr Rheumatol Online J* 2016;14:20.
62. Kim SW, Yoon JW, Jeong SJ. Comparison of the clinical manifestations and prognosis of Henoch-Schonlein purpura in children with and without abdominal pain. *Korean J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;14:359-67.

