

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACIÓN

---

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO  
FEDERAL

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE POSGRADO  
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
PEDIATRÍA

PREVALENCIA DE PÚRPURA ANAFILACTOIDE EN  
PREESCOLARES Y ESCOLARES EN LOS ÚLTIMOS  
5 AÑOS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO IZTACALCO.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
EPIDEMIOLOGICA  
PRESENTADO POR:  
DRA. ARACELI ESPINOZA CASTILLO  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

DIRECTOR DE TESIS: DR. MARGARITO FRANCISCO GUTIERREZ GUZMAN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACIÓN

---

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO  
FEDERAL

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE POSGRADO  
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
PEDIATRIA

PREVALENCIA DE PÚRPURA ANAFILACTOIDE EN  
PREESCOLARES Y ESCOLARES EN LOS ULTIMOS  
5 AÑOS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO IZTACALCO.

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
EPIDEMIOLOGICA  
PRESENTADO POR:  
DRA. ARACELI ESPINOZA CASTILLO  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**

DIRECTOR DE TESIS: DR. MARGARITO FRANCISCO GUTIERREZ GUZMAN

1998

Dr. Rafael Alejandro Ayala Castillo

---

PROFESOR TITULAR DEL CURSO  
DE ESPECIALIZACIÓN DE PEDIATRÍA

Vo Bo

Dra. Cecilia García Barrios

---

DIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

## INDICE

<b>INDICE.....</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>7</b>
<b>MATERIAL Y METODOS.....</b>	<b>12</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>15</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>16</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>18</b>

## **RESUMEN**

Estudio realizado en el Hospital Pediátrico Iztacalco del I.S.S.D.F. con una muestra de 54 casos en el periodo de 5 años con el objetivo de escribir los parámetros sobresalientes del Síndrome Purpúrico.

Clasificado como observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo con enfoque epidemiológico en donde se incluyen criterios de edad, sexo, tipo de lesión y parámetros de la Biometría Hemática, Tiempos de Coagulación y Examen General de Orina; los resultados nos manifiesta que predomina en el sexo masculino, en promedio de 6 años coincidiendo con la estación de invierno y la lesiones purpúricas en extremidades inferiores las características, fueron muy bajos los trastornos en el Examen General de Orina, se sugiere realizar estudios para la determinación de complementos y otros exámenes bioquímicos para caracterizar la enfermedad.

## INTRODUCCIÓN

La púrpura anafilactoide conocida también como Henocho Shöenlein, Alérgica, Vasculitis Leucocitoclásica es un padecimiento, que afecta a menores de 12 años, descrita desde 1800 con presencia de inflamación, artralgias, erupción cutánea, con relación en un presentación de promedio en hombres 2:1. en la mayoría de los casos presenta antecedente de una infección de vías respiratorias altas. Su pronóstico sin complicaciones es bueno, la duración esta entre 4-6 semanas de recurrencia entre 6-7 semanas después del inicio de la enfermedad.

Algunos de los casos, sino es que la mayoría requiere hospitalización, para su monitorización de las complicaciones repercutiendo en la economía familiar, asistencia a la escuela y desde el punto de vista psicológico en el ámbito familiar, por lo que surge la interrogante ¿Cual fue la prevalencia de la Purpura Anafilactoide en preescolares y escolares en un periodo de 5 años en Hospital Pediátrico Iztacalco?

Por lo que el estudio tiene el objetivo principal de describir algunos parámetros sobresalientes de este Síndrome Purpúrico, además de mencionar algunas características el tratamiento.

## ANTECEDENTES

Las características del Síndrome de Púrpura de Henoch Schönlein (PSH), fueron descritas por primera vez en 1880 con presencia de inflamación, dolor en las articulaciones y erupción cutánea en un paciente; y en 1887 Johan Schönlein describió casos de Púrpura asociados con artritis, en cual determinó como "pielosis reumática". En 1868 Eduardo Henoch puntualizó que el término "pielosis reumática" era inapropiado y limitado por que los pacientes que presentaban la Púrpura y la Artritis aguda también manifestaba síntomas gastrointestinales como vómito, dolor abdominal, melena entre los más comunes; y en 1835 se describieron las alteraciones a nivel renal (8, 16, 18, 21).

La Púrpura de Henoch Shöenlein también se denomina reacción alérgica, anafilactoide y reumática o incluso vasculitis leucocitoclásica y vasculitis alérgica. (5, 13, 17).

La Púrpura Anafilactoide es un desorden caracterizado por una Vasculitis cutánea y sistémica de los pequeños vasos de origen desconocido quizá autoinmune o postinfeccioso. Anormalidades en el metabolismo de las prostaglandinas endoteliales han sido implicadas. La edad de mayor incidencia para su presentación es de 2 a 11 años. La relación de hombres y mujeres es de 2 a 1. en la mayoría de los casos se presenta un antecedente infeccioso en vías respiratorias altas. Esta enfermedad se asocia con mayor incidencia en las estaciones de primavera, otoño y con la elevada incidencia en el invierno. Reportes recientes indican que es menos común en niños de raza negra que blanca. Dentro de otros factores de riesgo se encuentra, la ingesta de naproxén, acetaminofén, penicilina, ampicilina, eritromicina, pirazolonas, metronidazol. De acuerdo al sitio de procedencia de lo observado de un 80-90 % de los estados circunvecinos a la Ciudad de México. (2, 4, 6, 8, 10, 15, 16, 22).

Se reportan otras causas de esta patología como son las picaduras de insectos, exposición al frío y la ingesta de alimentos alergénicos. (8, 13).

Dentro de los agentes infecciosos reportados se incluye la Yersenia, Legionella, Parvovirus, Adenovirus, Micoplasma, Virus Epstein Barr y Varicela, han sido reportados casos posterior a la aplicación de la vacuna contra la tifoidea, paratifoidea A y B Sarampión, Cólera, fiebre amarilla, H. Influenza, Rubéola, Enterovirus. Chlamydia y Toxoplasma son otros microorganismos que intervienen, y en estudios más recientes ya se ha encontrado al Streptococcus beta hemolítico (2, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 21).

La típica erupción ocurre en el 100 % de los casos, la lesión clásica consiste en urticaria,



maculopápulas eritematosas similares a las que se presentan en el eritema multiforme con largas lesiones palpables a la equimosis. En conjunto pueden ocurrir lesiones que semejan eritema polimorfo. Al inicio la lesión se blanquea a la presión posteriormente esta característica se pierde. Las áreas púrpuras cambian de tono púrpura, ocasionalmente son pruriginosas, esta distribución típica es en piernas, glúteos, antebrazos, en menor grado en tronco, cabeza y cuello. (2, 4, 6, 7, 8, 18, 12, 13, 14, 16).

Además pueden aparecer las distintas variedades de eritema multiforme y eritema nodoso, es común el edema angioneurótico que afecta el cuello, cuero cabelludo, párpados, orejas, dorsos de las manos, pies, espalda, escroto y periné. (10.11.12).

Las artralgiás o artritis o ambas ocurren en el 68-75 % de los casos, las articulaciones más afectadas son las grandes como rodilla y tobillos.(2, 11, 12, 16).

El síntoma más frecuentes de la Púrpura de Henoch Schönlein seguido por la erupción y dolor articular es el dolor abdominal debido a la intususcepción, con una incidencia de edad a 5-7 años, la más común es la íleoileal, si esta no se resuelve puede evolucionar perforación intestinal. (6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16).

Las manifestaciones radiográficas de la púrpura no son específicas, todos los hallazgos son transitorios y se resuelven en un lapso de 4-6 semanas. (11, 16).

La isquemia intestinal puede ser seguida de embolia mesentérica o trombosis venosa o obstrucción mecánica de la válvula, estrangulación e incluso intususcepción (11, 14, 16).

La prevalencia exacta de daño renal es desconocida pero se encuentra entre 20 y 50 %. La nefropatía persistente se presenta en casi 1 % de todos los casos hasta la etapa final. (8, 11, 12 16, 18, 22)

La histología renal varía desde cambios mínimos hasta severos (8, 18).

Hematológicamente se encuentra una Vasculitis que también puede estar complicada con una diátesis hemorrágica. La trombocitosis aparece en un 67 % de los casos asociados con dolor abdominal y sangrado gastrointestinal. Otras complicaciones hematológicas son deficiencia del factor VIII, XIII, vitamina K e hiperprotrombinemia. (7, 16)

Dentro de las manifestaciones del sistema nervioso central se encuentran alteraciones electroencefalográficas, somnolencia, apatía, depresión y hemorragias intracraneales. (4, 16, 18).

El síntoma más común es la cefalea (4, 16). Las manifestaciones más infrecuentes son a nivel testicular

y escrotal. También desprendimiento de retina, hemorragia pulmonar y derrame pleural. (4, 14).

El diagnóstico diferencial se debe llevar a cabo también síntomas acompañantes de la púrpura anafilactoidea: dolor abdominal agudo, intususcepción, fiebre reumática, poliartritis nodosa, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, respuesta alérgica por abuso de medicamentos, sepsis, glomerulonefritis, hernia encarcelada, orquitis y torsión testicular (4, 8, 10, 11, 16).

De acuerdo a los estudios de laboratorios para diagnóstico de una púrpura anafilactoidea se encuentran:

Determinación de:

Albúmina	Hipoalbuminemia ocasional
Creatinina de Suero	Elevada en daño renal
Factor VIII	Disminuido
Factor XII	Disminuido
Sedimentación globular	Aumentado en un 75 %
Plaquetas	Normales o aumentados
Leucocitos	Normales o aumentados
Hemoglobina	Disminuida
Hematócrito	Disminuido
Anticuerpos Antinucleares	Negativos
Antiestreptolisinas	Elevadas en un 30 % de los casos
IgA e IgE y complemento	Elevado
Monocitos y Macrófagos	Elevado
Niveles de IgA en suero	Elevados en un 50 % de los casos
TP y TPT	Normal y elevados
Examen General de Orina	Albuminuria o hematuria

En las alteraciones por estudio de gabinete se encuentra:

Rx Abdominal	Datos de probable perforación intestinal
Ultrasonido abdominal	Datos intususcepción

Los resultados de patología muestran:

Biopsia	Cambios de proliferación difusos, locales, segmentados o mesangiales.
Biopsia de Piel	Vasculitis leucocitoclásica con depósitos de IgA

El análisis de heces fecales pueden ser realizados ya que un 49 % presentan sangre, de acuerdo al curso clínico de puede determinar el diagnóstico. Los Rx y el ultrasonido se utilizan solo en presencia de emergencias abdominales en primera instancia (8, 10, 16, 20) .

No hay tratamiento específico para la púrpura anafilactoide, solo un tratamiento de soporte. En casos agudos de debe mantener una adecuada hidratación, el paciente se monitoriza por una posible complicación. La evaluación frecuente de los signos vitales, hemoglobina, hematocrito, exámenes de sangre, en heces fecales y examen abdominal deben conducir el tratamiento. Todo medicamento innecesario debe ser discontinuado, evitar agentes alérgenos y tratar lo fundamental en la enfermedad y sus complicaciones. Los agentes antiinflamatorios no esteroides alivian los malestares de las articulaciones y tejidos blandos. (5, 14, 16, 21).

Los esteroides alivian los malestares de las articulaciones, escroto, hemorragia gastrointestinal, alteraciones a nivel del pulmón, testículos y sistema nervioso central, la dosis que se maneja es de 1-2mg/K/D.(5,14,16,21)

El pronóstico de esta patología en ausencia de daño renal y a nivel del sistema nervioso central su pronóstico es bueno. La enfermedad tiene una duración de 4-6 semanas, pueden existir recurrencias a las 6-7 semanas después del inicio de la enfermedad.

Los niños menores de tres años tienen un recurrencias escasa. También se ha observado que la presencia de solo hematuria en ocasiones puede ser de buen pronóstico, sin embargo es necesario dar un seguimiento estricto del paciente. Una biopsia renal puede ayudar a establecer el diagnóstico y pronóstico certero. (16, 20, 21, 22).

## **MATERIAL Y METODOS**

El presente estudio es observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo de tipo clínico realizado con una muestra de 54 casos, con una revisión de 60 expedientes que se ubicaron en el Hospital Pediátrico Iztacalco perteneciente al Instituto de Salud del Distrito Federal, abarcando un periodo del año 1992-1996.

Los criterios de inclusión para estudio fueron: edad 2-12 años, ambos sexos, presentación de lesiones de purpúricas de extremidades inferiores, con la cuantificación hematológica en la biometría hemática, de plaquetas, tiempo de coagulación y sangrado examen general de orina.

La captación de la información se concentro en una hoja tabulada expofeso para tal efecto.

El tratamiento estadístico utilizado en las variables fue de tipo descriptivo incluyéndose medidas de tendencia central y de dispersión para la presentación con graficas clasificadas como de base matemática que incluyen pastel e histogramas.

## RESULTADOS

De los 54 casos se obtuvo.

1.- Con un rango de 10 años, límite inferior 2, límite superior 12, una media de 6 años 4 meses, desviación estándar de 3.1 y moda de 5.

2.-La relación Femenino- Masculino 1.2:1, en el masculino fueron 30 casos (56 %) y el femenino de 24 (44 %).

3.- Los factores de riesgo fueron: infecciones de vías respiratorias altas 26 (48.15%), la estación del año en primavera 12 (22.22%), en otoño 20 (37.04%), el invierno 22(40.74%), ingesta de medicamentos 20 (37.04%), la residencia en el área de metropolitana (100%), piquete de insecto 2 (3.7%). El nivel socioeconómico clasificación en tipo 1, 36 casos (66%), y el grupo cero 18 (33%).

4.- En las manifestaciones clínicas se encontraron:

En la piel que afecta en el 100% de los casos con lesiones purpúricas, equimosis 24 (44%), edema con extremidades 8(14.8%), maculopápulas 6 (11.1%), prurito 4 (7.4%), urticaria 2 (3.7%). A nivel gastrointestinal el dolor abdominal en 14 casos (25.9%), melena 8 (14.8%), gingivorragias 6 (11.1%), hematemesis en 4 (7.4%). Respiratorio con epistaxis en 16 casos (29.6%).

Músculo esquelético con artralgias 12 (22.2%). Manifestaciones no específicas como malestar general en 12 (22.2%), fiebre con 8 (14.8%) y cefalea 4 (7.4%).

5.- Con respecto a los estudios de laboratorio observamos que la Biometría Hemática, Plaquetas y Tiempo de Coagulación muestran en promedio y desviación estándar los siguientes parámetros:

<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACIÓN ESTANDAR</b>
Hemoglobina	12.2 gramos	2.2
Hematócrito	37.2%	4.8
Leucocitos	8.700	4.49
Segmentados	55.1%	17.6
Linfocitos	40.8%	21.2

Monocitos	1%	1.5
Bandas	1%	1.5
Eosinófilos	1.4%	1.9
Basófilos	0.25%	0.94
Mielocitos	0.07%	0.25
<b>PLAQUETAS</b>	206,000	233.6

### **TIEMPOS DE COAGULACIÓN**

Tiempo de protrombina	13.5 segundos	7.6
Tiempo de tromboplastina	38.4 segundos	7.1

El Examen General de Orina con normalidad de 30 casos (66%) y alteración en 24 (44%) que consistió en PH alcalino y caso (1.8%) con hematuria.

6.- El tratamiento establecido abarco medidas generales en 54 casos (100%), utilización de esteroide del tipo prednisona en 24 (44%).

7.- La recurrencia fue en 6 casos (11.1%) a las 3 semanas de mejoría con respecto a su primer cuadro.

## CONCLUSIONES

Se incluye:

- 1.- El sexo mas afectado fue el masculino con la relación 1.2:1 como se describe en la literatura.
- 2.- Los factores de riesgo principales para la presentación fueron: infecciones de vías respiratorias altas, ingestión de medicamentos, estación invernal.
- 3.- La principal sintomatología fue en piel, gastrointestinal, músculo esquelético y respiratorio.
- 4.- El reporte de Biometría Hemática, Plaquetas, Tiempos de Coagulación fueron parámetros normales.
- 5.- La alteración principal dentro de los estudios de laboratorio fue en el Examen General de Orina con la alcalinidad y hematuria con reflejo de un índice de daño mínimo a nivel renal relacionado a lo que se le refiere con la bibliografía.
- 6.- La recurrencia fue semejante a las descritas.
- 7.- La resolución mostró nula mortalidad como sigue esta historia natural de esta entidad patológica.



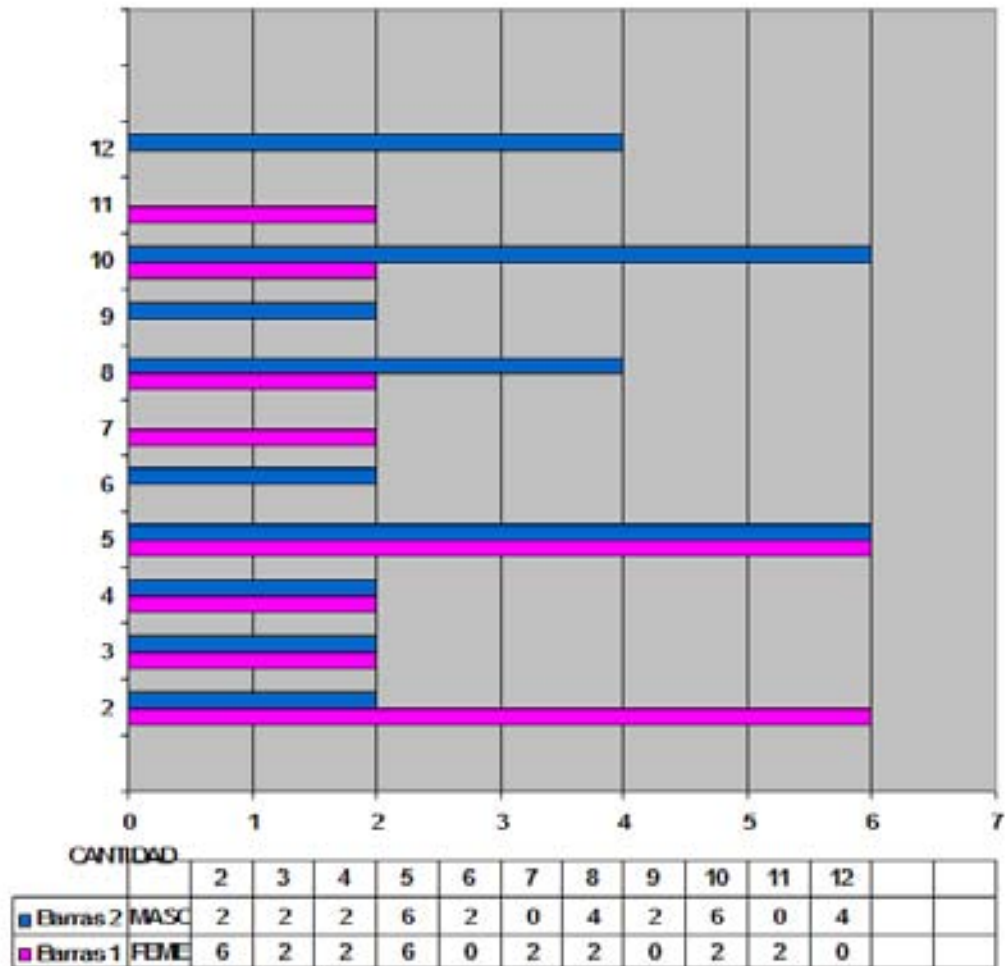
## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Allen R.C. Antinuclear antibodies using Hep-2 cells in normal children and in children with common infections. *J. Pediatr Child Health.* 1991;27;39-42.
- 2.- Amitai, Yona, et al. Henoch-Schöenlein Púrpura in infants. *Pediatrics.* May, 1993; 865-867
- 3.- Baibera, Young. High titre and in Henoch-Schöenlein Syndrome. Newcastle, 1992;323.
- 4.- Barajas de Frutos, et al. Manifestaciones infrecuentes en la Púrpura de Henoch-Schöenlein. *An Esp. Pediatric.* Junio 1993;39; 498-500.
- 5.- Calisk Salim. Picture of the Month. *Arch Pediatric Adolescent. Med.* November 1995;1268-1269.
- 6.- Couture A, et al. Evaluation of abdominal pain in Henoch-Schöenlein Syndrome by high frequency ultrasound. *Pediatric Radiol.* 1992;22;12-17.
- 7.- De Mattia Domenico, et al. Von Willebrand factor and factor XIII in children with Henoch-Schöenlein Púrpura. *Pediatric Nephrol.* September, 1995; 603-605.
- 8.- H.R. White. Henoch-Schöenlein Nephritis. *Nephron.* Año, 1994;68;1-9.
- 9.- H. Finfel, et al. Chronic parvovirus B-19 infection and systemic necrotizing Vasculitis: opportunistic infection or etiological agent. *The Lancet.* Mayo 1994. 343; 1255-1259..
- 10.- J. Ferguson. Polly. Prevalence of human parvovirus B-19 infection in children with Henoch – Schöenlein Púrpura. *Pediatric. Arthritis and rheumatism.* May 1996; 39 (5); 880-882.
- 11.- Lipsett Jill, et al. Small Bowel structure due to vascular compromise: a late complication of Henoch – Schöenlein Púrpura. *Pediatric- Pathology laboratory.* 1995; 15; 333-340.
- 12.- Olberg Iván Desinu-Mompint. Nefropatía en la Púrpura Henoch Schöenlein. *Boletín Medico de Hospital Infantil de México.* Octubre 1991; 48 (10); 730-735.
- 13.- Petersen Sten. Immunoglobulin and Complement Studies In Children with Schöenlein Henoch Syndrome and Other Vasculitis diseases. *Acta Pediatric Child Helt.* 1991;27; 1037.
- 14.- Roberti Isabel, et al. Vasculitis in childhood. *Pediatric Nephrol.* Junio, 1993; 479-489.
15. RW.F.R Van den Broek, et al.. A new surgical complication relates to Corticosteroids in Patient with Henoch – Schöenlein Púrpura. *Journal of Pediatric Surgery* September 1995;30 (9); 1341-1343.
- 16.- Shelley Lankowky. MD: et al. Henoch – Schöenlein Púrpura. *Pediatric in Review.* Vol. 13 No. 4 Abril 1992; (4); 131-137.

- 17.- T. Saulsbury. Corticosteroid therapy does not prevent nephritis in Henoch Schönlein Púrpura. *Pediatric Nephro.* July 1993: 69-79.
- 18.- Bello González Abel. *Hematología Básica*. Ediciones Medicas del Hospital General de México. 1998; 214-219.
- 19.- Baena Guillermina. *Instrumentos de Investigación*. 13 ed. Editores Mexicanos, 1989; 134.
- 20.- Gamen Eternoid Juan, et al. *Introducción a la Pediatría*. Méndez Editores. 5ta de. 1994; 576-578.
- 21.- Oski de Angelis, et al. *Pediatría: Principios Practica*. De Médica Panamericana, 1993 buenos Aires Argentina, 1993; Vol. 2 1639.
- 22.- Nelson Mermen R.E. et al. *Tratado Pediatría 14 De*. Interamericana Mc Graw Hill 1992; Vol. 1 758-760.
- 23.- Rojas Soriano Raúl. *Guía para realizar investigaciones sociales*. México, UNAM; 1977-223.
- 24.- Saúl Amado. *Lecciones de Dermatología 1 la de M; C Editor*. 1990 400-401
- 25.- Smith Carl H. et al. *Hematología Pediátrica*. Salvat Editores, S.A. Barcelona, España 1973: 696-702.

**PÚRPURA ANAFILACTOIDE: EPIDEMIOLOGIA**

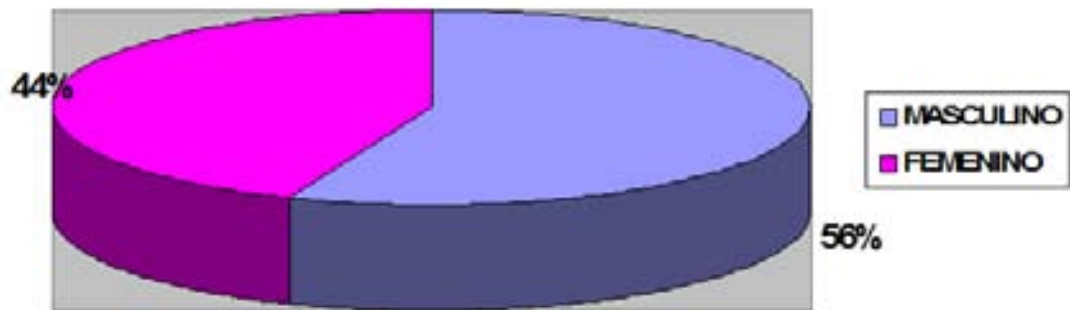
**DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO.**



FUENTE: ARCHIVO PEDIÁTRICO IZTACALCO (1992-1996).

## PÚRPURA ANAFILACTOIDE: EPIDEMIOLOGIA

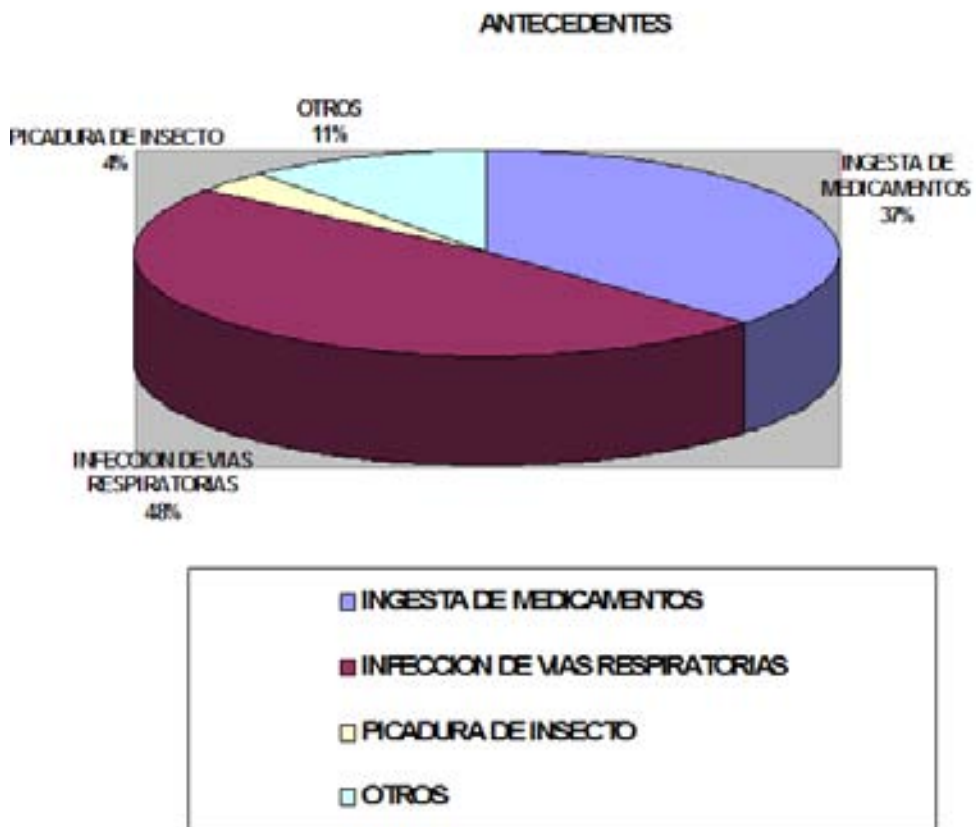
### DISTRIBUCION POR SEXO



FUENTE: ARCHIVO PEDIÁTRICO IZTACALCO (1992-1996).

## PÚRPURA ANAFILACTOIDE: ANTECEDENTES

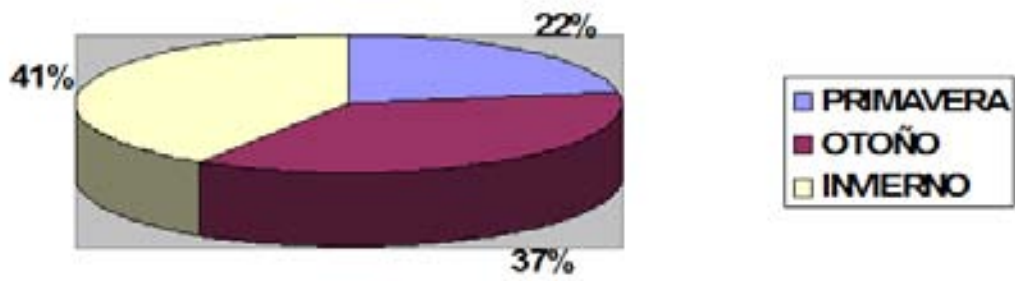
			No. DE CASOS
INGESTA DE MEDICAMENTO:	20	(37.04%)	
INFECCIONS DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS	26	(48.15%)	
PICADURA DE INSECTO	2	(3.70%)	
OTROS	6	(11.11%)	
TOTAL	54	(100%)	



FUENTE: ARCHIVO PEDIÁTRICO IZTACALCO (1992-1996).

**DISTRIBUCIÓN POR EPOCA:**

ESTACION DEL AÑO	N. CASOS
PRIMAVERA	12
OTOÑO	20
INVIERNO	22
TOTAL	54

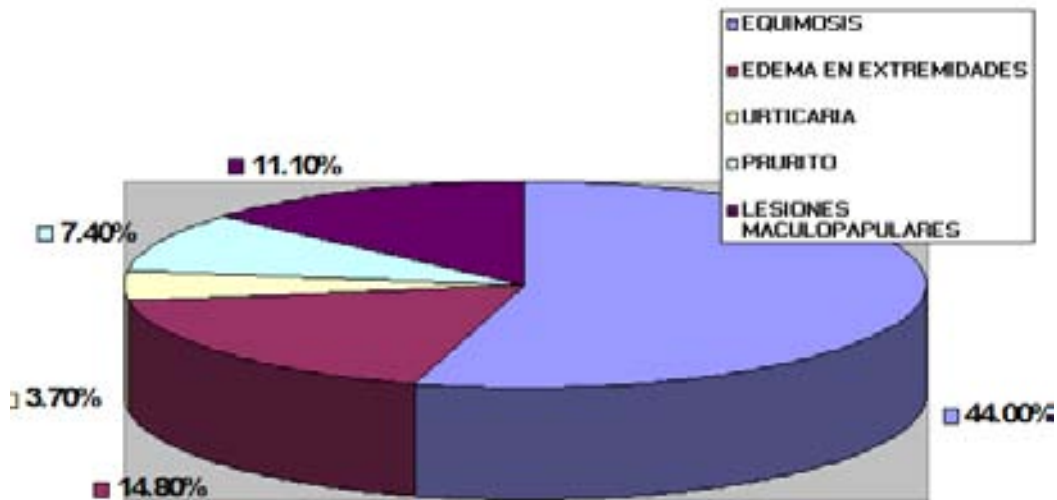


FUENTE: ARCHIVO HOSPITAL PEDIÁTRICO IZTACALCO (1992-1996)

## MANIFESTACIONES DERMICAS

N.CASOS

EQUIMOSIS	24
EDEMA DE EXTREMIDADES	8
URTICARIA	2
PRURITO	4
LESIONES MACULOPAPULARES	6



FUENTE: ARCHIVO HOSPITAL PEDIÁTRICO IZTACALCO (1992-1996)