

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL STAR MÉDICA INFANTIL PRIVADO**

---

**“DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN  
EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA  
INFANTIL PRIVADO”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE  
PEDIATRÍA.**

Realizada por:

**DRA. ANA PATRICIA CARREÓN TEJEIDA**

Residente de Pediatría.

**TUTOR:**

**DR. LUIS JUAN SHUM**

**ASESOR DE TESIS:**

**DRA. ERIKA RAMIREZ CORTES.**



**MEXICO, D.F.**

**AGOSTO 2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL STAR MÉDICA INFANTIL PRIVADO**

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA.**

**PRESENTA:**

**DRA. ANA PATRICIA CARREÓN TEJEIDA**

**TUTOR:**

---

**DR. LUIS JUAN SHUM**

**Médico Adscrito en el Servicio de Hematología en CMN Siglo XXI**

**ASESOR:**

---

**DRA. ERIKA RAMIREZ CORTES.**

**Médico Adjunto de Pediatría en el Hospital Infantil Privado**

**México, D.F Agosto 2012**

## **AUTORIZACIONES**

---

**DR. CARLOS GARCIA HERNÁNDEZ  
DIRECTOR MEDICO DEL  
HOSPITAL STAR MÉDICA INFANTIL PRIVADO**

---

**DR ANTONIO LAVALLE VILLALOBOS  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL  
HOSPITAL STAR MÉDICA INFANTIL PRIVADO**

---

**DR LUIS JUAN SHUM  
TUTOR DE TESIS  
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE  
HEMATOLOGIA DEL CMN SIGLO XXI**

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENoch-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENoch-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO

**COLABORADORES**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE**

DR. LUIS JUAN SHUM

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**INVESTIGADORES ASESORES**

DERMATÓLOGA PEDIATRA: DRA ERICKA RAMÍREZ CORTÉS

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

PEDIATRA: DR ANTONIO LAVALLE VILLALOBOS

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

DRA. ANA PATRICIA CARREÓN TEJEIDA

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mis Padres:**

No existen palabras para agradecer todo el amor, las enseñanzas, la comprensión, las palabras de apoyo, el ejemplo, que han sido en mi vida y que seguirán siendo día con día.

Es para mi todo un placer, orgullo y satisfacción hacerlos partícipes de este nuevo logro que obtengo al ver culminada otra etapa académica y que les dedico con todo mi amor.

Este trabajo de tesis, finaliza con una experiencia inigualable y de gran aprendizaje tanto profesional como personal, y que sin lugar a dudas he podido aprovechar al máximo, gracias a ustedes, que siempre me han mantenido con la cabeza fría, los pies en la tierra y el corazón donde debe de estar.

Agradezco a Dios y a la Vida por regalarme la hermosa familia que tengo, y a ustedes que son mis padres les agradezco por ser los pilares de mi vida y sobre todo por enseñarme tantas lecciones, que me convierten en la persona que soy hoy.

No me queda más que decirles que LOS AMO profundamente y que no me cansare de agradecerles y retribuirles todo lo que han hecho por mí.

### **A mi Esposo:**

Amor mio solo quiero que sepas lo mucho que te amo y que cada paso que doy, cada éxito, cada aprendizaje, cada logro, estas ahí conmigo, apoyándome, enseñándome, manteniéndome con la fuerza necesaria para nunca rendirme.

El ver terminado este ciclo académico es un logro que deseo con todo mi corazón compartir contigo, has sabido apoyarme, escucharme, y brindarme todo tu apoyo en cada momento.

No tengo palabras para agradecer todas esas noches lejos, que aunque físicamente no estabas ahí, sentía tu fuerza y tu amor y que me mantenían de pie.

Soy una mejor persona gracias a ti, no tengo palabras para agradecerte todo lo que me has regalado, y te juro que pasare cada día de mi vida entregando mi cien por ciento para hacerte feliz. TE AMO.

**A mis Hermanos:**

Ara, Beto ustedes son un ejemplo para mi, exitosos, realizados y sobre todo felices, eso es para mi un verdadero ejemplo a seguir.

Quiero agradecerles todo su apoyo, los grandiosos momentos que pasamos siempre en familia, los buenos consejos y hasta los regaños necesarios.

Ustedes son una pieza angular en mi vida, de la cual estaré eternamente agradecida.

Deseo que la dicha los acompañe día a día y sé que pase lo que pase siempre podré contar con ustedes.

Este logro que se ve reflejado con esta tesis, también les pertenece y es todo un honor compartirlo con ustedes, que siempre han estado ahí para apoyarme y enseñarme el camino correcto.

Nunca olviden que son parte de mí como yo soy parte de ustedes. Los quiero muchísimo.

**A mis amigos y compañeros R3.**

Tantos momentos buenos, regulares, malos, terribles que hemos compartido, tantas satisfacciones, desilusiones, regaños, felicitaciones, en fin tantos momentos que juntos durante 3 años hemos disfrutado unos con otros.

Sé que la convivencia diaria siempre es difícil y que hemos llegado a odiarnos muchas veces, pero en el fondo el lazo que nos une es más fuerte y que pese a cualquier adversidad o diferencia siempre contaremos unos con otros.

Les deseo el mayor éxito, tanto en lo profesional como en lo personal y si algún día pudiera ayudarles en algo no duden que siempre estaré ahí.

**INDICE**

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
Introducción.....	10
Marco de Referencia.....	11
Planteamiento del Problema.....	19
Justificación.....	19
Objetivo.....	20
Diseño.....	20
Material y métodos.....	21
A. Universo de la muestra.....	21
B. Tamaño de la muestra.....	21
C. Criterios de inclusión.....	22
D. Criterios de exclusión.....	22
E. Variables.....	23
F. Procedimientos.....	24
G. Validación de datos.....	24
Consideraciones éticas.....	24
Presentación de Resultados.....	25
Discusión.....	37
Conclusiones.....	40
Referencias Bibliográficas.....	42
Anexos.....	44

## **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** La púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) es una vasculitis sistémica no trombocitopénica común en la infancia, caracterizada por la afectación de piel, articulaciones, tracto gastrointestinal y riñones. Es la vasculitis más frecuente en pediatría. Si bien se desconoce la causa, se sabe que la inmunoglobulina A (IgA) juega un papel fundamental en la fisiopatología de la enfermedad. La afección renal es la complicación más frecuente y potencialmente más grave de la PHS. El presente trabajo tuvo como propósito conocer la presentación el diagnóstico, clínica tratamiento y evolución de los pacientes con PHS que se han tratado en nuestro hospital en el periodo comprendido entre Enero del 2008 y Marzo del 2012.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en un periodo comprendido de 2008-2012, con un universo de trabajo de 32 pacientes, con el diagnóstico de Púrpura de Henoch- Schölein en el Hospital Infantil Privado

**RESULTADOS:** La PHS es una afección fundamentalmente pediátrica, la edad de presentación más común es en el grupo de escolares, observándose en nuestro estudio un predominio en el sexo masculino, reportando un 53% de los casos sobre un 47% en el sexo femenino. Como lo plantea la literatura el antecedente más frecuente en esta enfermedad son las infecciones a nivel respiratorio superior, reportándose hasta en el 50% de los pacientes. Existe un predominio en la presencia de artralgias en 47% de los casos, continuando con la presencia de dolor abdominal en 34%. La presencia de se encuentra en el 100% de los pacientes. El edema se presenta como segundo signo clínico en el 66%, seguido de la presencia de fiebre en el 69% de los casos con respecto a la la inmunoglobulina A (IgA) no podemos demostrar de manera significativa que juegue un papel fundamental en la fisiopatología de la enfermedad.

De manera general, el tratamiento de esta enfermedad es conservador e individualizado. Sin embargo a lo anterior se registró en nuestro estudio que en el 90.62% de los pacientes fueron tratados con esteroides, el 31.25% recibieron tratamiento con antibióticos y AINES y sólo el 6.25% no recibieron tratamiento farmacológico alguno solo medias de sostén

**CONCLUSIÓN:** 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 sine qua non para sospechar o establecer el diagnóstico. La evolución en nuestra serie es favorable, sin embargo no 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.

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENoch-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Henoch-Schönlein purpura (HSP) is a systemic vasculitis thrombocytopenic not common in childhood, characterized by involvement of skin, joints, kidneys and gastrointestinal tract. It is the most common pediatric vasculitis. Although the cause is unknown, it is known that immunoglobulin A (IgA) plays a key role in the pathophysiology of the disease. The kidney disease is the most common complication and potentially more severe PHS. The present study was aimed to know the presentation diagnosis, treatment and clinical course of patients with PHS have been treated in our hospital in the period between January 2008 and March 2012.

**MATERIAL AND METHODS:** A descriptive, observational and retrospective in a period of 2008-2012, working with a universe of 32 patients diagnosed with Henoch-Schönlein Private Children Hospital

**RESULTS:** The PHS is a predominantly pediatric condition; the most common age of onset is in the school group, in our study observed a predominance in males, reporting 53% of cases over 47% in females. As literature poses the most frequent antecedent in this disease is at the upper respiratory infections, reportadose up to 50% of patients. There is predominance in the presence of arthralgia at 47% of the cases, continuing the presence of abdominal pain in 34%. The presence found in 100% of patients. The edema is presented as a second clinical sign in 66%, followed by the presence of fever in 69% of cases with respect to immunoglobulin A (IgA) cannot demonstrate significantly to play a role in the pathophysiology of disease.

In general, the treatment of this disease is conservative and individualized. However the above was recorded in our study that in 90.62% of patients were treated with steroids, 31.25% were treated with antibiotics and NSAIDs and only 6.25% did not receive any drug treatment only bra stockings

**CONCLUSION:** The clinical PHS is characterized by cutaneous, joint, digestive and kidney. Palpable purpura is the most important and constitute the sine qua non clinical criteria for suspicion or diagnosis. The evolution is favorable in our series, however no prognosis of PHS in this study is still uncertain, as there is not enough track record to determine.

## **INTRODUCCIÓN.**

La púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) es una vasculitis sistémica no trombocitopénica común en la infancia, caracterizada por la afectación de piel, articulaciones, tracto gastrointestinal y riñones, tiene además como sustrato histopatológico una vasculitis leucocitoclástica de vasos de pequeño calibre.<sup>1</sup>

La púrpura de Henoch-Schönlein es la vasculitis más frecuente en pediatría, con una incidencia anual de aproximadamente 13 a 22 casos por cada 100 000 niños.<sup>2,3</sup>

Involucra comúnmente los pequeños vasos en piel, intestino y glomérulo, asociado con púrpura, cólico, hematuria, artralgias o artritis. Generalmente su incidencia disminuye con la edad.<sup>4</sup>

Si bien se desconoce la causa, se sabe que la inmunoglobulina A (IgA) juega un papel fundamental en la fisiopatología de la enfermedad; existe elevación en la concentración sérica de IgA en 50-70% de los pacientes con PHS, principalmente en el inicio de la enfermedad y a expensas de la subclase IgA1.

La incidencia es mayor en otoño e invierno. Se ha asociado a infecciones virales o bacterianas, así como a diversos fármacos y toxinas.<sup>5</sup>

En 1990, el Colegio Americano de Reumatología publicó los criterios diagnósticos de PSH. Estos incluyen (1) púrpura palpable ligeramente elevada, lesiones cutáneas hemorrágicas, no relacionadas con trombocitopenia, (2) Edad inferior a 20 años en el paciente con enfermedad de inicio de 20 años o menos en el inicio de los primeros síntomas; (3) la angina intestinal, dolor abdominal difuso, peor después de las comidas, o el diagnóstico de isquemia intestinal, por lo general incluyen diarrea con sangre, y (4) cambios histológicos en la biopsia, que muestran granulocitos en las paredes de las arteriolas o vénulas.

La afección renal es la complicación más frecuente y potencialmente más grave de la PHS, se presenta en 20 a 49% de los pacientes.<sup>6,7</sup> Las manifestaciones de daño renal incluyen hematuria, proteinuria, síndrome nefrítico, síndrome nefrótico y síndrome nefrítico-nefrítico; generalmente aparecen en las primeras cuatro semanas del inicio de la PHS y rara vez preceden a la aparición de las lesiones dérmicas.<sup>8</sup> Algunos pacientes pueden tener manifestaciones de nefritis hasta un año después de la púrpura.<sup>9</sup>

El presente trabajo tuvo como propósito conocer la presentación, el diagnóstico, clínica, tratamiento y evolución de los pacientes con PHS que se han tratado en nuestro hospital en el periodo comprendido entre Enero del 2008 y Marzo del 2012.

## **MARCO DE REFERENCIA.**

La púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) fue reconocida por Heberden en 1801 y descrita por primera vez como una asociación entre la púrpura y la artritis por Schönlein en 1837. Henoch añadió la participación de trastornos gastrointestinales (GI) en 1874 y la afectación renal en 1899.<sup>10</sup>

La púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) es una vasculitis sistémica no trombocitopénica común en la infancia, caracterizada por la afectación de piel, articulaciones, tracto gastrointestinal y riñones, tiene además como sustrato histopatológico una vasculitis leucocitoclástica de vasos de pequeño calibre.<sup>1</sup>

### **Incidencia.**

Representa el 4-8% del total de casos de vasculitis, con una incidencia anual entre 13.5 y 18 casos por cien mil niños.<sup>11-14</sup>

Es una afección fundamentalmente pediátrica, de rara presentación en adultos, en los que el pronóstico es peor.

La relación hombre/mujer es de 1 varón por 1.5 a 2 mujeres, predomina en primavera e invierno en el casos de niños y en verano para los adultos.<sup>11-16.</sup>

Lin y col en un estudio de 27 pacientes, y Lijima por su parte en 14 casos investigados presentan resultados similares en cuanto a la frecuencia por edades de esta enfermedad, y establecen al escolar como el grupo etario más frecuente.

Gardner-Medwin et al. Examinaron la frecuencia y la variación étnica de las vasculitis de la infancia en la región de West Midlands en el Reino Unido.<sup>3</sup> El estudio se realizó por medio de cuestionarios mensuales enviados a los consultores y un cuestionario único enviado a los médicos de familia junto con la revisión de las notas de los casos con los códigos de diagnóstico de las vasculitis.

La incidencia anual de HSP en el estudio fue de 22,1 por 100.000, que fue superior a las estimaciones anteriores de 13.5 a 18 por 100.000.

Los autores postulan que la incidencia más elevada de HSP puede dar lugar a un aumento en la incidencia de la enfermedad renal y la necesidad de los servicios renales.<sup>3</sup>

En Tailandia se examinaron cuadros clínicos de PSH, reportando los autores, que de 47 niños con PSH, 22 presentaron afectación renal 6 meses después del diagnóstico.

En esta ocasión la presentación y el diagnóstico de la enfermedad renal fue de 2 a 3 meses más de que ha sido previamente informado.

Todas las otras manifestaciones de la enfermedad fueron similares a otros grupos

Sin embargo, el estudio no investigó si había una mayor o menor incidencia de la enfermedad renal en esta población.<sup>17</sup>

### **Etiología.**

Dado que la etiología de la PSH no es clara, hay varios informes de casos de asociaciones de PSH con otras enfermedades.

Se le suele asociar con la presencia de un agente infeccioso, el más común es el estreptococo beta hemolítico del grupo A.<sup>11-15,24</sup>

Otros agentes implicados son el Parvovirus B19, *Mycoplasma pneumoniae*, *Yersinia sp.*, *Campilobacter jejuni* y *Helicobacter pylori*.<sup>11-16,25-27</sup>

Otros desencadenantes son los alimentos, fármacos y vacunas. La presentación familiar ha sido también reportada y se considera que la predisposición genética tendría un rol en la patogénesis.<sup>27-31</sup>

En niño con fiebre reumática ha reportado una asociación con PSH.<sup>18</sup> Un estudio de Japón identificó antígenos de estreptococos del grupo A en los glomérulos de algunos pacientes con nefritis PSH.<sup>19</sup>

Hermanos con HSP esta descrito una infección por mononucleosis, aunque uno de estos hermanos tenían hematuria antes de la PSH, lo que lleva a los autores a la conjetura de una predisposición genética a la enfermedad.<sup>20</sup>

También se ha descrito la asociación entre PSH y tuberculosis<sup>21</sup>, colitis<sup>22</sup> y lesiones gastrointestinales.<sup>23</sup>

La producción de óxido nítrico en los niños con PSH se estudió mediante la medición de los niveles séricos de nitrato y de la excreción urinaria de nitratos. Estos niveles se han encontrado elevados en los niños con PSH, pero la importancia de este hallazgo es incierta.<sup>32</sup>

### **Patogenia.**

Su patogenia se relaciona con la producción de complejos inmunes mediados por IgA que se depositan en las paredes de pequeños vasos sanguíneos con activación del complemento, reclutamiento de polimorfonucleares y depleción del factor XIII, lo que conduce a sangrado y depósito de fibrina.

Histológicamente hay inflamación, degeneración de neutrófilos con formación de polvo nuclear, trombosis y necrosis de pequeños vasos sanguíneos con extravasación de eritrocitos (vasculitis-leucocitoclástica).<sup>11-13,15-16,24</sup>

Anticuerpos celulares antiendotelio (AECAs) se midieron en 20 niños con PSH, diez niños con ARJ para los controles de enfermedad inflamatoria, y diez controles sanos.

Los AECAs IgG e IgM no eran diferentes en ninguno de los grupos, pero AECAs IgA fueron indetectables en los grupos de control y elevados en los niños con PSH.<sup>33</sup>

Se investigó en papel en PSH del polimorfismo del gen antagonista del receptor la interleucina 1.

Fue examinado el suero de 96 pacientes con PSH o vasculitis leucocitoclástica cutánea, existiendo una asociación del polimorfismo con la presencia de afectación renal, pero no se observó alteración a nivel gastrointestinal.<sup>34</sup>

#### **Variaciones en las presentaciones clínicas. (Púrpura de Henoch-Schönlein complicaciones).**

PSH es clásicamente considerada una vasculitis leve que se trata con terapia de apoyo en el ámbito ambulatorio. Sin embargo, existen complicaciones raras pero que son potencialmente mortales en pacientes con HSP.

El compromiso de otros órganos y sistemas es excepcional, puede haber afección neurológica en el 2 a 8% de pacientes, con cefalea y alteraciones del comportamiento como labilidad emocional, apatía e hiperreactividad.

Afecciones más severas como hemorragia intracraneal, déficit neurológico focal, mononeuropatías y poliradiculoneuropatías también han sido descritas.<sup>11-13</sup> La hemorragia pulmonar y pleural son complicaciones raras y fatales.<sup>11, 12, 15,16</sup>

La orquitis, que simula una torsión testicular, está presente en el 2 a 38% de pacientes varones, también se puede ver edema escrotal agudo doloroso, generalmente acompañado de púrpura<sup>12, 15,16</sup> raramente se observa carditis, taponamiento cardíaco, pancreatitis o hepatomegalia<sup>11, 13,15</sup>

En la literatura estas complicaciones suelen reportarse como informes de casos.

Las complicaciones hemorrágicas de PSH son raras, pero se encuentran bien documentadas. En esta revisión se presentan dos informes de casos independientes de hemorragia cerebral. Ambas niñas una de casi 7 años y de la otra 8 años, ambas hemorragias cerebrales. En el informe japonés, la paciente desarrolló ceguera y pérdida de la conciencia 2 semanas después del inicio de su enfermedad. La paciente se recuperó con sólo una hemianopsia homónima en el cuarto inferior de su campo visual izquierdo.<sup>35</sup> En el informe italiano, se presenta un niño con cefalea intensa seguida de convulsiones tónico-clónicas y pérdida de conciencia.

## **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---

Este niño se recuperó sin secuelas neurológicas.<sup>36</sup>

Se informo de hemorragia pulmonar en una niña de 9 años de edad, 10 días después de la presentación de la enfermedad. Esta complicación se resolvió por completo con tratamiento a base de esteroides y ciclofosfamida.<sup>37</sup>

En un paciente masculino de 5 años de edad con PSH, se informó de la presencia de hematomas orbitales subperióísticos bilaterales. Clínicamente presentando exoftalmos bilateral y equimosis bilaterales del párpado superior. La tomografía computarizada mostró, masas orbitarias bilaterales superiores sin erosión ósea. Estos hallazgos físicos resolvieron dentro de 2 semanas.<sup>38</sup>

En una niña de 6 años de edad, con PSH e insuficiencia renal, se observo oclusión bilateral de la arteria central, presentándose con pérdida súbita de la visión. En el examen de fondo de ojo se reveló una mancha de color rojo cereza con edema grave de retina en el área macular y peripapilar de ambos ojos, junto con edema de disco e ingurgitación venosa. Este paciente evolucionó a vasculitis cerebral y su visión no fue corregida por completo.<sup>39</sup>

El edema es una complicación bien conocida de la PSH. El priapismo se informó en la PSH en un caso clínico de un niño de 6 años de edad.<sup>40</sup> La participación del pene se describe además como causa una coloración azulada en la punta del pene, mientras que el cuerpo del pene también tuvo la púrpura.<sup>41</sup>

El edema hemorrágico infantil descrito en la literatura, formula la siguiente pregunta: Es una forma muy temprana de la PSH o una vasculitis totalmente diferente.<sup>42, 43</sup>

El abdomen agudo es la complicación más común de la PHS, en este artículo esta identificado con serositis.<sup>44</sup>

Otras vasculitis y enfermedades reumáticas, pueden presentarse como PSH.

Monastiri et al. Informó de un paciente masculino de 6 años de edad que se presentó con púrpura en las extremidades inferiores, dolor abdominal, artralgia, proteinuria leve y hematuria. Cinco días después del inicio de la enfermedad el niño desarrolló orquitis y melena. Tres semanas después del inicio de la enfermedad, desarrolló cambios de coloración de su pierna derecha y diagnosticándose por arteriografía trombosis.<sup>45</sup>

### **Cuadro Clínico.**

En casi todos los pacientes hay púrpura palpable en las superficies extensoras de extremidades inferiores y glúteos, mientras que el codo, zonas extensoras de brazos, tronco, mucosas, palmas, plantas y cara son raramente afectados. Las lesiones iniciales son pequeñas y en 24 a 48 horas se tornan confluentes, purpúricas y equimóticas.<sup>11-16</sup>

En menores de tres años suele cursar con edema doloroso del cuero cabelludo, cara, región periorbital, orejas y extremidades, y es difícil de diferenciar del edema hemorrágico agudo del lactante (EHAL), considerado una variante benigna de la PHS.<sup>1</sup>

El compromiso articular con artralgia y/o artritis se observa en el 60% a 84% de pacientes y es la primera manifestación de enfermedad en el 25% de ellos; es dolorosa y con limitación funcional que remite espontáneamente sin secuelas, además los tobillos y rodillas son lo más afectados.<sup>1,11-13,15</sup>



La afección digestiva está presente en el 35% a 85% de casos y es la manifestación inicial de la enfermedad en el 14% a 19%<sup>1,3-8</sup>. Los síntomas gastrointestinales más frecuentes son dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos y sangrado digestivo oculto; siendo el dolor abdominal tan intenso que simula un abdomen agudo quirúrgico, incluso ente el 2 y 6% de pacientes llegan a cirugía por dudas diagnósticas o complicaciones. El sangrado intestinal, puede ser tan grave que requiera transfusión sanguínea.<sup>1, 11, 12,15</sup>

Las manifestaciones renales se presentan en el 10 a 60% de casos, con hematuria macro o microscópica asociada. Sin embargo, la nefropatía es el condicionante clínico más importante del pronóstico a largo plazo, cuanto mayor compromiso presenten en la fase aguda, mayor es la posibilidad de nefropatía crónica.<sup>1,11-13, 15,16</sup>

### **Diagnóstico.**

El diagnóstico de la PHS está basado en los criterios del Colegio Americano de Reumatología del año 1990. Para efectos de clasificación, se dice que un paciente tiene púrpura de Henoch-Schönlein si por lo menos 2 de estos 4 criterios están presentes.

## **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

La presencia de dos o más criterios tiene una sensibilidad de 87.1% y una especificidad de 87.7%<sup>1,15</sup> (Cuadro I).

Cuadro I. Criterios para el diagnóstico de la púrpura de Henoch-Schönlein establecidos por el Colegio Americano de Reumatología en el año 1990.

CRITERIOS	DEFINICIONES
Púrpura palpable	Púrpura elevada, no relacionada a plaquetopenia.
Edad de inicio < 20 años	Edad de inicio de síntomas menor a 20 años.
Angina abdominal	Dolor abdominal difuso con intensificación postprandial o hemorragia gastrointestinal.
Alteraciones en la biopsia cutánea	Histología que evidencia granulocitosis en las paredes de las arteriolas o vénulas.

### **Laboratorio.**

Las alteraciones de los exámenes de laboratorio son inespecíficas: anemia moderada, alteraciones del sedimento urinario, aumento de proteínas en orina de 24 horas y elevación de urea y creatinina.<sup>11-16</sup>

En la biopsia cutánea hay vasculitis leucocitoclástica con presencia frecuente de depósitos de IgA en las paredes de los vasos sanguíneos por inmunofluorescencia directa.

La ecografía abdominal es relevante, permite detectar tempranamente el compromiso intestinal.<sup>1, 11-16</sup>

### **Tratamiento**

La púrpura de PSH no tiene tratamiento específico. Se considera el reposo como tratamiento de sostén y la monitorización del paciente como las medidas terapéuticas de elección.<sup>11-13</sup>

El tratamiento de la PSH es controvertida, con el uso de esteroides usualmente reservados para los pacientes con afectación renal.

Afectación renal severa se ha tratado con fuertes medicamentos inmunosupresores, y un artículo revisa el uso de esteroides y azatioprina en pacientes con enfermedad renal grave. En nueve pacientes tratados, todos habían sufrido mejoras, mientras que dos pacientes tratados con esteroides sólo evolucionaron a tener enfermedad renal permanente.<sup>10</sup>

En una revisión sistemática realizada por Weiss y cols. de 15 artículos sobre tratamiento y efectos de esteroides en PSH en donde se sugiere que el tratamiento temprano con esteroides para los niños con PSH se asocia a un

aumento estadísticamente significativo de la resolución de dolor abdominal en 24 horas y las probabilidades reducidas de enfermedad renal persistente.

Además, aunque los análisis carecían de precisión estadística suficiente, la probabilidad de una intervención quirúrgica y de recurrencia también se vio reducida.

En general, a través de todos los análisis, el patrón de efecto es en dirección a favorecer el uso de los esteroides; ninguno de los análisis indicó daño.<sup>46</sup>

### **Evolución**

La PHS es habitualmente una enfermedad benigna, autolimitada y la recuperación suele ocurrir entre las 2 y 6 semanas.

Puede observarse recurrencia después de semanas o meses en un 5 a 40% de pacientes.

El resultado a largo plazo de pacientes con PHS se considera generalmente que es muy bueno, siempre y cuando no existan complicaciones renales.

Un estudio, observo capilaroscopia del lecho ungueal en 31 pacientes con PHS, tanto en el momento del diagnóstico y 16 meses después de la mejoría clínica. Las anomalías se observaron en capilaroscopia del lecho ungueal de los pacientes con PSH en comparación con los controles normales, tanto durante la fase aguda de la enfermedad y en los estudios de seguimiento.

Estas anomalías incluyen la tortuosidad de los vasos capilares, edema, alteración de los capilares, la ramificación de la red capilar, la detención temporal del flujo sanguíneo capilar, y un aspecto granular de la pared capilar.

Los resultados sugieren que hay evidencia de una vasculitis crónica persistente, que es una expresión de la patología autoinmune que puede prolongarse después de que se resuelve el cuadro clínico.<sup>10</sup>

El compromiso renal es, con mucho la complicación más persistente y debilitante de la PSH.

En un análisis retrospectivo de 134 niños con PSH, se encontró que presentaban afección renal entre un 49-65%, y un 97% de estos pacientes presentaron esta afección dentro de los 3 meses de inicio de la enfermedad.

Un análisis univariado mostró que la edad mayor de 4 años en la aparición de la enfermedad, el dolor abdominal intenso con hemorragia digestiva, púrpura persistente durante más de un mes, actividad del factor de coagulación XIII <80%, y el tratamiento con factor de coagulación XIII, fueron factores asociados con el desarrollo de la afectación renal.

## **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---

Un análisis multivariado mostró que los síntomas abdominales graves, la edad mayor de 4 años, así como el persistente aumento de la púrpura, incrementan el riesgo de afectación renal.

Los síntomas severos abdominales y disminución de la actividad del factor XIII también se asociaron con proteinuria.<sup>10</sup>

Sé realizó un estudio retrospectivo en una cohorte de 26 niños y 26 niñas tratados por PSH en un solo hospital durante un período de 20 años. La media de seguimiento de estos pacientes fue de 24,1 años. El 90% de los pacientes fueron examinados por un médico, y a todos los pacientes se les realizó un cuestionario de salud.

El estudio fue diseñado específicamente para examinar el pronóstico renal a largo plazo de estos pacientes, independientemente de su estado renal en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

Se observó que en 9 pacientes que inicialmente no tenían síntomas renales, ninguno de ellos desarrolló la enfermedad renal. 18 pacientes presentaron hematuria, proteinuria, o ambos; 13 de estos pacientes se consideraron saludables, 3 tuvieron leves alteraciones urinarias, y 2 tenían enfermedad renal activa en el momento del estudio. 20 pacientes del grupo inicialmente tenían nefritis, nefrosis, o ambos.

De estos pacientes, 9 estaban sanos en el seguimiento, 4 tenían anomalías urinarias leves, 5 tenían enfermedad renal activa, y 2 de ellos se encontraron en etapa terminal de insuficiencia renal con trasplante renal.

Uno de los hallazgos más interesantes de este estudio es que de las 14 mujeres que habían sufrido uno o más embarazos, nueve presentaron una historia de la proteinuria, hipertensión, o ambas cosas durante el embarazo.

Las mujeres que recibieron trasplantes renales se incluyen en este grupo, y ambas tenían enfermedad renal activa antes del embarazo.

De las nueve madres con complicaciones renales del embarazo, siete de ellas fueron del grupo de inicio más graves, pero dos de los nueve tenían una enfermedad más leve a nivel renal.

Se recomienda el seguimiento periódico de la nefropatía durante al menos cinco años.<sup>1</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Cuáles son los criterios diagnósticos de la Púrpura de Henoch-Schölein en el Hospital Star Médica Infantil Privado?

¿Cuáles es la incidencia de purpura de Henoch-Schölein el Hospital Star Médica Infantil Privado?

¿Cuáles son los lineamientos terapéuticos utilizados en el Hospital Star Médica Infantil Privado para la atención de la Púrpura de Henoch-Schölein?

¿Cuál es la evolución de los pacientes atendidos en el Hospital Star Médica Infantil Privado con diagnóstico de Púrpura de Henoch-Schölein?

## **JUSTIFICACION.**

- La palabra púrpura se designa a un síntoma de varias enfermedades caracterizadas por extravasaciones sanguíneas subcutáneas y formación de manchas rojas en la piel (hemorragia de 2mm a 1cm).
- La Púrpura de Henoch-Schölein es una vasculitis generalizada que involucra pequeños vasos de preferencia capilares, pero también puede afectar arteriolas y vénulas, se encuentra infiltrado de polimorfonucleares, mononucleares y en ocasiones eosinófilos y depósitos de IgA.
- Por lo anterior la importancia de su diagnóstico oportuno y tratamiento radica en sus complicaciones: neurológicas, hemorragia subaracnóidea e intercerebral, intestinal, obstrucción crónica, por adherencias, isquemia intestinal y perforación, hemorragia pulmonar fatal, tumefacción escrotal, púrpura fulminante.
- La lesión renal es la complicación más grave y mortal.
- Con el siguiente trabajo se pretende conocer los criterios diagnósticos, de hospitalización, la incidencia, los lineamientos de tratamiento así como evolución en los casos de Púrpura de Henoch-Schölein en el Hospital Star Médica Infantil Privado.
- Así como determinar las complicaciones más comunes de la Púrpura de Henoch-Schölein en el HIP.

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENoch-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---

**OBJETIVOS.**

Objetivos Primario:

Describir los lineamientos utilizados para el diagnóstico, hospitalización y tratamiento de los pacientes con diagnóstico de Púrpura de Henoch-Schölein en el periodo comprendido de 2008-2012 que ingresaron en el Hospital Star Médica Infantil Privado

Determina la incidencia así como la evolución de los pacientes con el diagnóstico de Púrpura de Henoch-Schölein en el Hospital Star Médica Infantil Privado en el periodo comprendido de 2008.2012.

Objetivo Secundario:

Crear un algoritmo que facilite el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con diagnóstico de Púrpura de Henoch-Schölein de utilidad en el área de Urgencias y Hospitalización en el Hospital Star Médica Infantil Privado.

**DISEÑO.**

- ✓ Estudio descriptivo
- ✓ Observacional
- ✓ Retrospectivo en un periodo comprendido de 2008-2012
- ✓ Transversal

## **MATERIALES Y MÉTODOS.**

Se utilizaron los expedientes de los pacientes tanto masculinos como femeninos que ingresan al Hospital Star Médica Infantil Privado con diagnóstico de Purpura de Henoch-Schölein en el periodo comprendido entre el 01 de Enero del 2008 al 01 Enero del 2012.

En base los datos obtenidos de los expedientes se lleno una hoja de captura de datos con las variables establecidas.

### **UNIVERSO DE ESTUDIO:**

Se incluyeron pacientes masculinos y femeninos de 0 a 18 años de edad, que ingresaron Hospital Star Médica Infantil Privado con el diagnóstico de Púrpura de Henoch-Schölein.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Se realizó en base a un muestreo no probabilístico por conveniencia de casos consecutivos.

Se analizaron 69 expedientes con el diagnóstico de Púrpura y se obtuvieron 32 expedientes que cumplieron con los requisitos de inclusión del estudio.

**CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes menores de 18 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de Púrpura de Henoch-Schölein que cuentan con expediente completo.

**Criterios de exclusión:**

- Expediente incompleto
- Pacientes con diagnóstico de cualquier púrpura vascular que no cumpla con los criterios para el diagnóstico de Púrpura de Henoch-Shölein.
- Pacientes que no cubran los requisitos establecidos en la hoja de captura de datos.

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

**VARIABLES**

<b>Sexo</b>	Masculino (1) Femenino (2)	<b>Dicotómica</b>
<b>Edad</b>	<1 (1), 1-3 (2), 4-6 (3), 7-9 (4), >10 (5)	<b>Categórica</b>
<b>Días Estancia Intrahospitalaria</b>	0-3 (1), 4-7 (2), 8-11 (3)	<b>Categórica</b>
<b>Diagnóstico de Ingreso</b>	Púrpura de Henoch-Schölein	<b>Univariado</b>
<b>Diagnóstico de Egreso</b>	Púrpura de Henoch-Schölein	<b>Univariado</b>
<b>Síntomas</b>	Tos (1), Rinorrea (2), Artralgia (3), Dolor abdominal (4)	<b>Categórica</b>
<b>Signos</b>	Edema (1), Petequias (2), Hematuria (3), Fiebre (4)	<b>Categórica</b>
<b>Tratamiento previo</b>	Ninguno (1), Antibióticos (2), AINES (3), Esteroides (4), Antihistamínicos (5), Antivirales (6).	<b>Categórica</b>
<b>Tratamiento Hospitalario</b>	Ninguno (1), Esteroide (2), AINES (3), Antihistamínico (4), Antibiótico (5), Inhibidor de Bomba (6), Inhibidor de H2 (7), Inmunomodulador (8)	<b>Categórica</b>
<b>Laboratorios: Biometría Hemática</b>	Leucocitos (1), Neutrófilos (2), Linfocitos (3) Plaquetas (4).	<b>Categórica</b>
<b>Laboratorio: Examen general de Orina</b>	Sin EGO (1) Normal (2) Alterado (3)	<b>Categórica</b>
<b>Laboratorio: IgA</b>	Sin Muestra (1) Normal (2) Alterada (3)	<b>Categórica</b>
<b>Laboratorio: VSG</b>	Sin Muestra (1) Normal (2) Alterada (3)	<b>Categórico</b>
<b>Laboratorio: PCR</b>	Sin muestra (1) Normal (2) Alterada (3)	<b>Categórica</b>
<b>Complicaciones</b>	No (1) Si (2)	<b>Dicotómica.</b>

## **DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

Previa revisión sistemática de la literatura, se registrará en hoja de recolección de datos a cada paciente y se analizará en el programa estadístico SPSS 19.

## **VALIDACIÓN DE DATOS**

Se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión (rango, media, mediana, moda, porciones y porcentajes).

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Este estudio está apegado a la Declaración de Helsinki.

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, se establece que deben utilizarse los datos con confidencialidad y con fines no lucrativos.

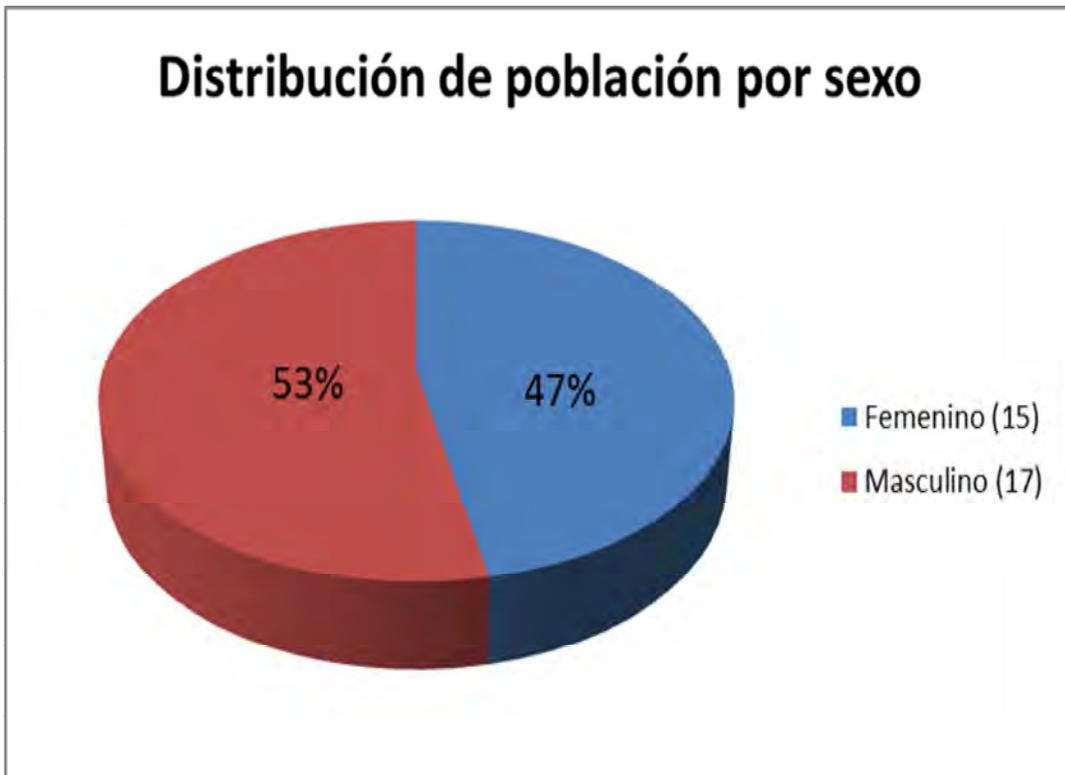
No requiere consentimiento informado, debido a que los datos obtenidos fueron de expedientes clínicos.

## RESULTADOS

En la gráfica 1 observamos la distribución por sexo de la población total. Se revisaron 69 expedientes con diagnóstico de púrpura, incluyendo como población total a 32 pacientes que cumplieron todos los criterios de inclusión del estudio.

Como se mencionó antes se consideraron como población de muestra a 32 pacientes (100%).

Se observó un predominio en el diagnóstico de PSH en el sexo masculino 17 pacientes (53%) con respecto a 15 pacientes del sexo femenino (47%).

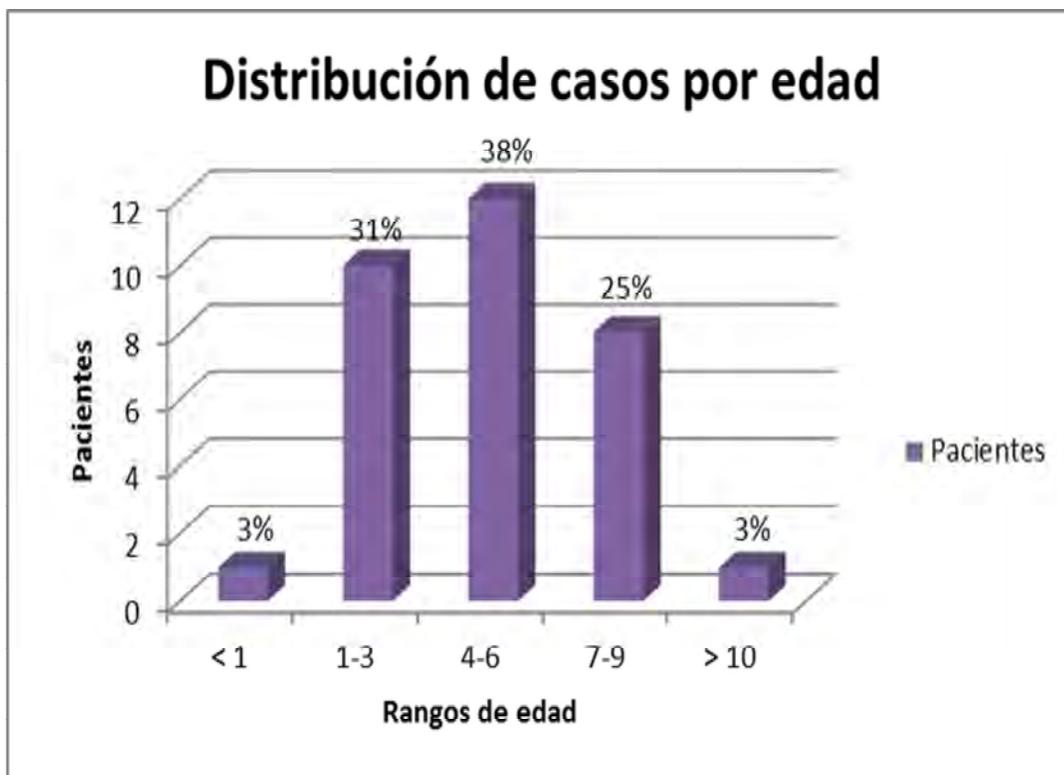


GRAFICA 1. Distribución de población por sexo.

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

La distribución en porcentaje de casos por edad se observa en la gráfica No. 2 y se registro de la siguiente manera: <1 años 33% (1 caso), de 1-3 años 31% (10 casos), de 4-6 años 38% (12 casos), 7-9 años 25% (8casos), >10 años 3% (1 caso).

Determinándose por lo anterior que la edad de presentación de PHS es más frecuente en la población de 4-6 años con un 38%.

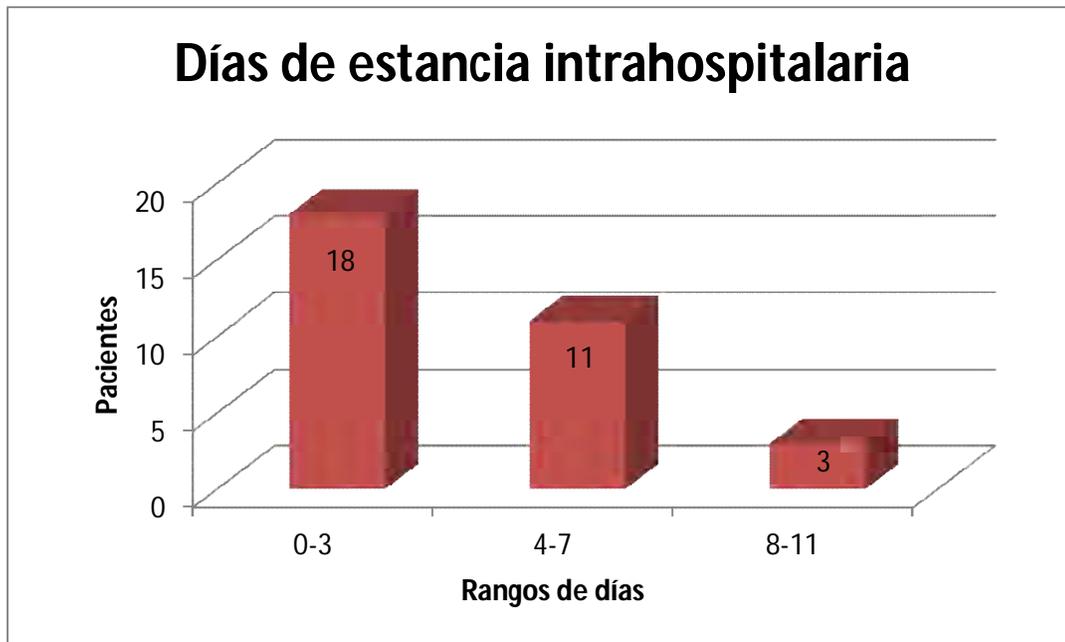


Grafica 2. Distribución de casos por edad.

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

Con respecto a los días de estancia intrahospitalaria se registraron 3 grupos: 0-3 días con un 18 pacientes (56%), de 4-7 días 11 pacientes (34%) y de 8 a 11 días 3 pacientes (10%).

Observándose que el mayor porcentaje (56%), tuvieron una estancia intrahospitalaria de 0-3 días.



Grafica 3. Días de estancia hospitalaria.

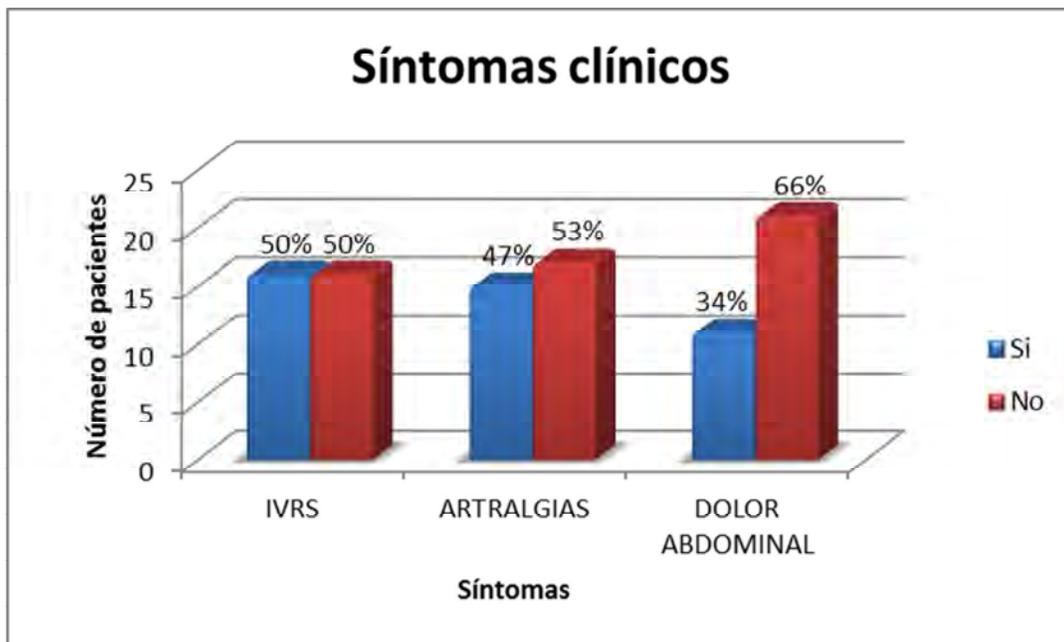
## **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

Con respecto a los síntomas reportados, se encontró que el 50% de los pacientes (16) presentaban antecedentes de Infección de Vías aéreas superiores.

Se reportaron 15 pacientes (47%) con artralgias, mientras que 17 pacientes (53%) negaron el síntoma.

Se observó la presencia de dolor abdominal en 11 pacientes (34%), mientras que en 21 (66%) pacientes no se presentó el síntoma.

Así mismo se analizó que el dolor abdominal se presentó previo a la aparición de lesiones dérmicas en 4 pacientes (36.3%), siendo de hecho el síntoma pivote en estos cuatro casos.



Grafica 4 síntomas clínicos

## **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

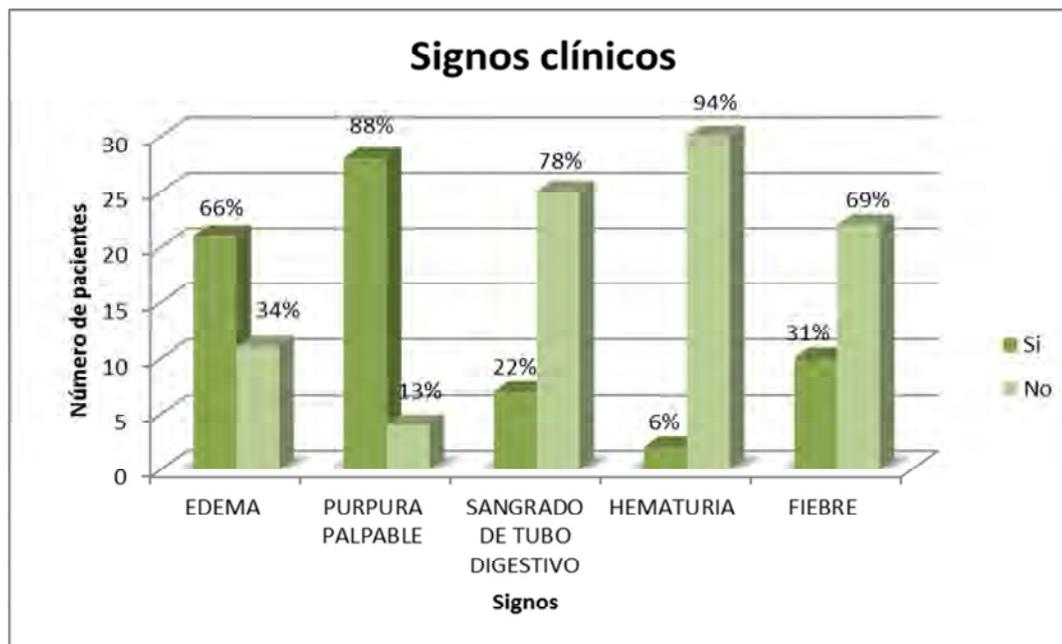
Los signos clínicos reportados se presentaron de la siguiente manera: purpura palpable como síntoma inicial en 28 pacientes (88%), y en 4 pacientes (13%) se presentó como síntoma posterior, cabe mencionar que estos cuatro pacientes corresponden a los pacientes que debutaron con dolor abdominal.

El edema se presentó en 21 casos (66%), mientras que 11 pacientes (34%) no lo presentaron.

En el caso de signos compatibles con sangrado de tubo digestivo se observó su presencia en 7 pacientes (22%), mientras que no fue reportado en 25 casos (78%).

La hematuria fue positiva en 2 casos (6%), mientras que fue negativa en 30 casos (94%).

La fiebre la cual en el 100% de los casos fue reportado por lo padres se reportó en 10 pacientes (31%) y fue negativa en 22 pacientes (69%).

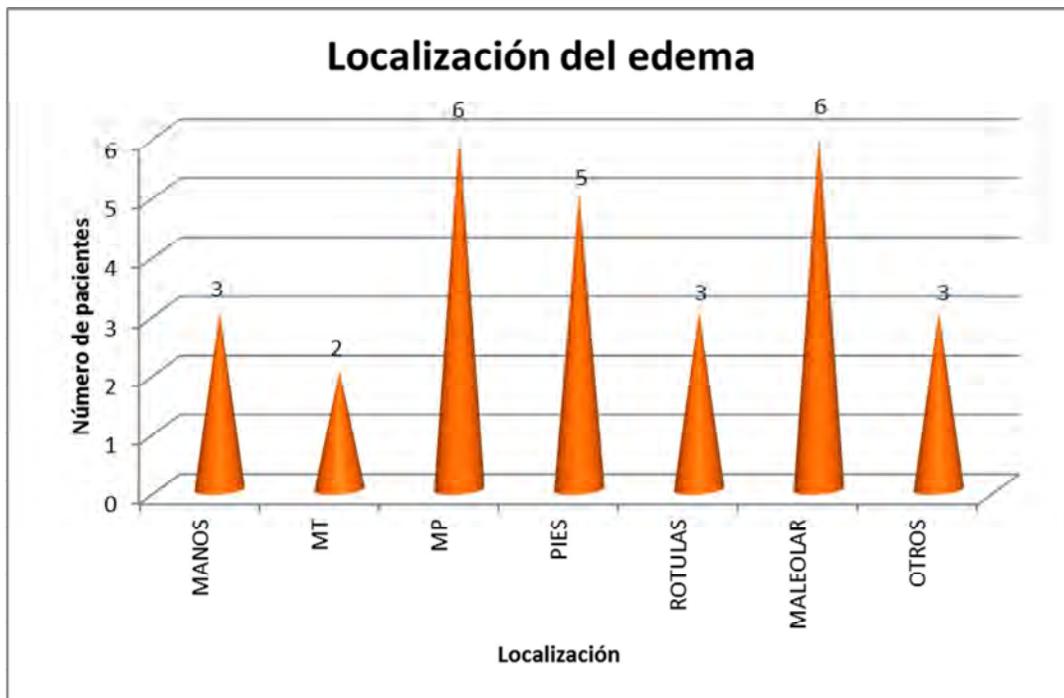


Grafica 5 Signos clínicos

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO

La localización reportada con respecto al edema se distribuyó de la siguiente manera:

Con respecto a la afección en manos se encontró 3 casos positivos, 2 casos con afección de miembro torácico completo, 6 casos con afección de miembro pélvico completo, a nivel de pies 5 pacientes, 3 casos positivos a nivel de rotulas, a nivel maleolar 6 pacientes, y 3 pacientes con afección en otra región anatómica.

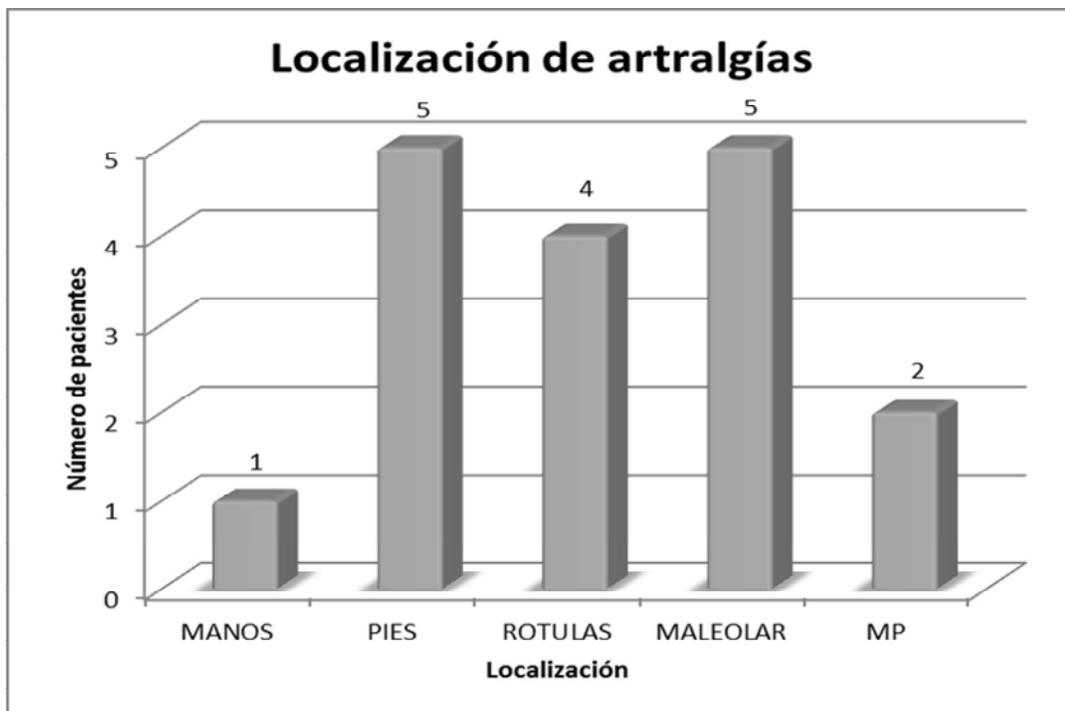


Gráficas 6. Localización del edema.

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

Con respecto a la localización anatómica de las artralgias, en los 15 casos reportados positivos, se obtuvo la siguiente relación:

A nivel de manos 1 paciente. 5 pacientes reportaron dolor en pies, 4 pacientes reportando afección a nivel de rotulas, 5 pacientes a nivel de maléolos, y 2 pacientes con afección de miembros pélvicos completos.



Grafica 7. Localización de artralgias

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---

La siguiente tabla es el resultado de los resultados extraídos con respecto a los exámenes de laboratorio.

Examen de laboratorio	Normal	Anormal	No consignado
Recuento de leucocitos	20	12	0
PLAQUETAS	29	3	0
IgA	9	5	18
EGO	22	7	3
VSG	8	3	21
PCR	9	3	20

Tabla No1. Exámenes de laboratorio.

Los datos de la tabla anterior arrojan: con respecto al recuento leucocitario 20 casos (62.5%), fueron normales, mientras que en 12 (37.5%) casos se encontró alguna anormalidad.

Con respecto al registro de plaquetas en los 32 casos (100%) se determino que no existiera plaquetopenia, como dato necesario de inclusión en estudio, sin embargo se observo que en 3 casos (9.3%) había la presencia de plaquetosis, reportándose, por lo tanto 29 pacientes (90.6%) con valores plaquetarios dentro de no normal.

La determinación de IgA se observo normal en 9 pacientes (28%), alterada en 5 pacientes (15.6%) y no consignada en 18 pacientes (56.2%).

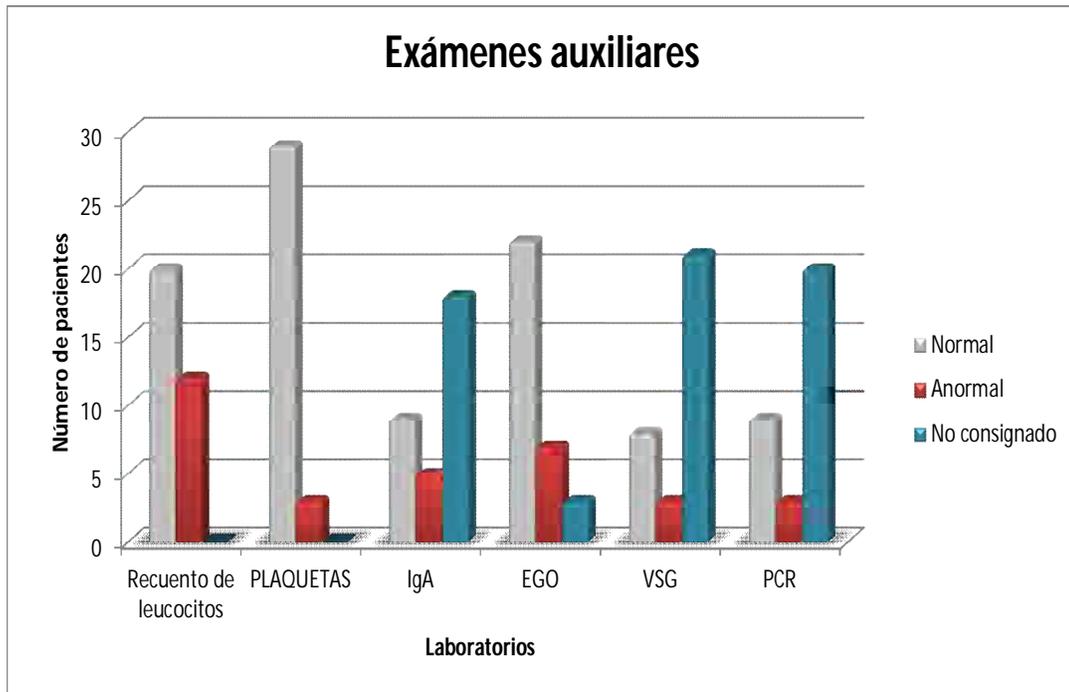
Los resultados arrojados por el Examen General de Orina reflejan, 22 pacientes (68.75%), sin alteraciones, 7 pacientes (21.8%), con datos alterados, y en 3 pacientes (9.3%) no se consigna resultado.

La medición de VSG y PCR como reactantes de fase aguda determino un resultado normal en 8 pacientes (25%) y 9 pacientes (28%), correspondientemente. En ambos casos se reportaron alteraciones en 3 pacientes (9.3%) para VSG y PCR. Y no se reporta consignación de las

## **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

determinaciones en 21 pacientes (65.6%) para VSG y en 20 pacientes para PCR (62.5%).

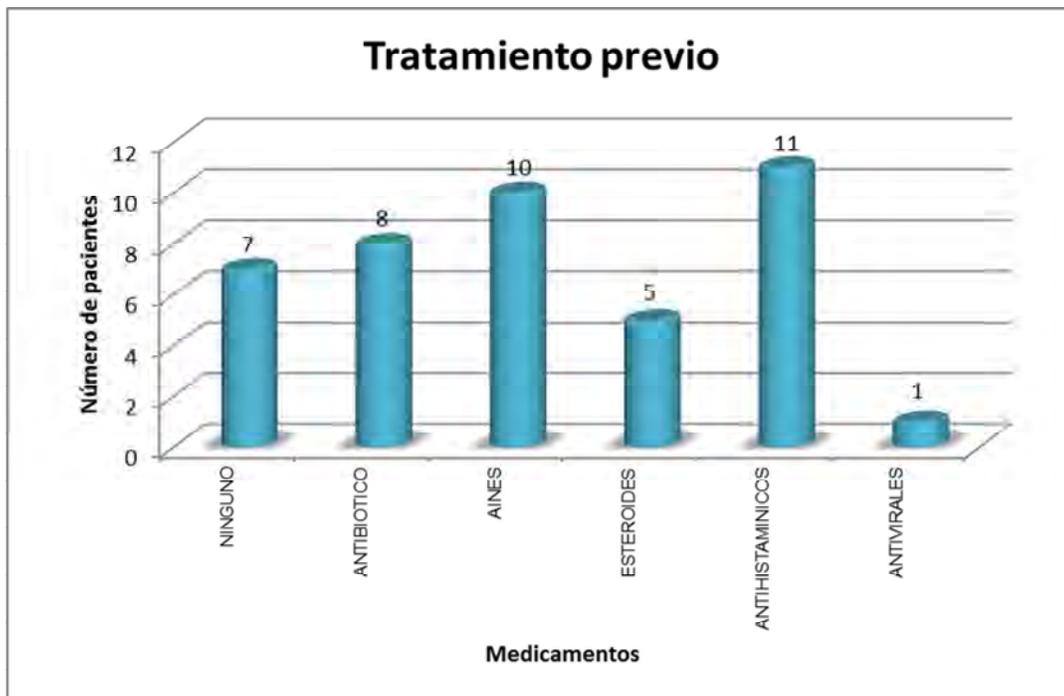
La siguiente gráfica es un análisis gráfico de los resultados mencionados anteriormente.



Gráfica 8. Exámenes auxiliares.

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO

Se encontró dentro de los antecedentes de los pacientes como tratamiento previo que 7 pacientes (21.8%) no recibieron ningún tratamiento previo, 8 pacientes (25%) recibieron tratamiento antibiótico, 10 pacientes (31.25%) fueron tratados con AINES, 5 pacientes (15.6%), recibieron tratamiento médico con esteroides, 11 pacientes (34.3%) fueron tratados con antihistamínicos y 1 paciente (3.12%) recibió tratamiento con antivirales.



Gráfica 9: Tratamiento Previo

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO

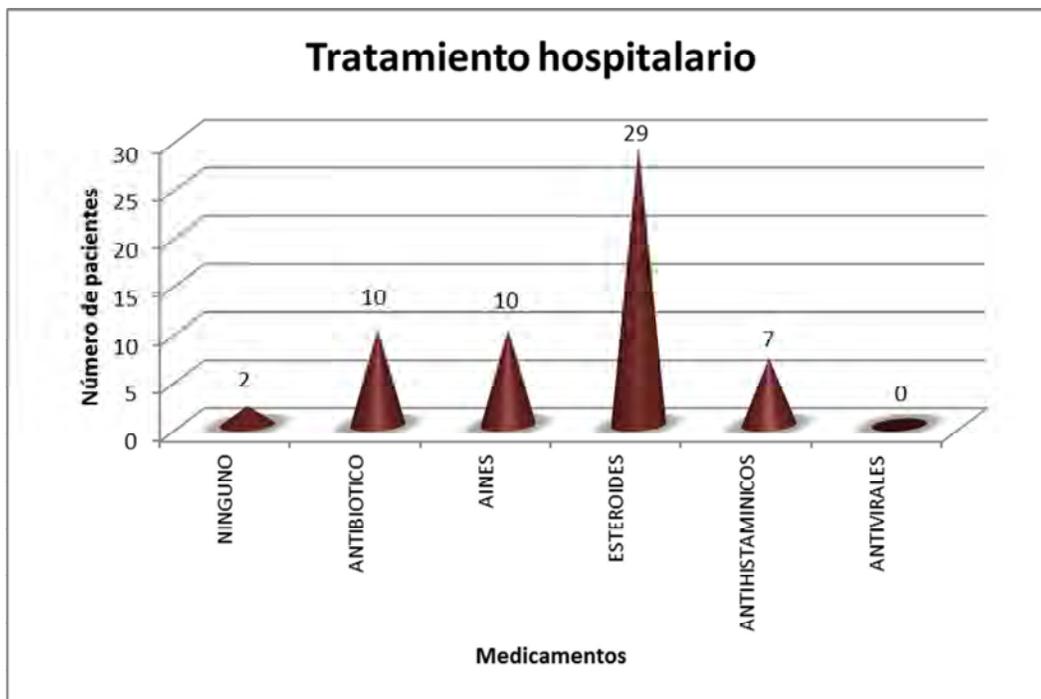
Con respecto al tratamiento hospitalario se encontró que 2 pacientes (6.25%) no recibieron tratamiento farmacológico alguno.

10 pacientes (31.25%) recibieron tratamiento con antibióticos y AINES.

29 pacientes (90.62%) fueron tratados con esteroides.

7 (21.87%) pacientes se les administro tratamiento con antihistamínicos.

Ningún paciente (0%) recibió tratamiento con antivirales.



Gráfica 10. Tratamiento Hospitalario.

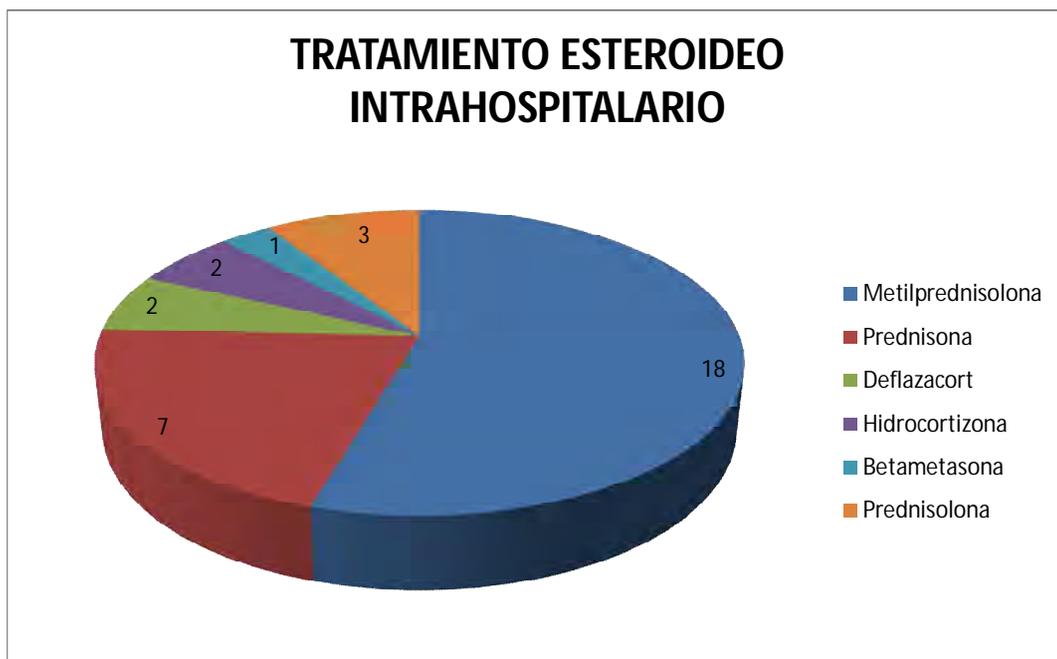
**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

La tabla No 2 representa el número de pacientes así como los esteroides utilizados como tratamiento intrahospitalario.

Tratamiento esteroideo intrahospitalario					
Metilprednisolona	Prednisona	Deflazacort	Hidroclortisona	Betametasona	Prednisolona
18	7	2	2	1	3

Del análisis de el tratamiento mencionado se observo que de los 29 pacientes 62%(18) recibieron metilprednisolona, siendo la dosis promedio de 2mgkgdia, 24%(7) recibió tratamiento con prednisona con una dosis promedio de 2mgkgdia, 6.89% (2) recibieron tratamiento con deflazacort e hidrocortisona, con una dosis promedio de 1mgkgdia para el deflazacort y utilizando una dosis de 5.5mgkgdo como dosis única en la hidrocortisona en un paciente y de 1mgkgdia en el otro paciente. 3.44%(1paciente) recibió tratamiento con betametasona, sin especificarse dosis, y por ultimo se observó que 10.3% (3), recibieron tratamiento con prednisolona con una dosis promedio de 2mgkgdia.

En la siguiente grafica se observa la distribución de tratamiento por medicamento.



Gráfica 11. Tratamiento esteroideo intrahospitalario.

## **DISCUSION.**

La PHS es una afección fundamentalmente pediátrica, de rara presentación en adultos, en los que el pronóstico es peor.

Como se menciona en la mayoría de la literatura, la edad de presentación más común es en el grupo de escolares, dicha información se corrobora en nuestro estudio en donde el % corresponde al grupo de edad de 5-9 años de edad.

La relación hombre/mujer es de 1 varón por 1.5 a 2 mujeres.<sup>11-16</sup> Sin embargo lo observado en nuestro estudio refleja un predominio en el sexo masculino, reportando un 53% de los casos sobre un 47% en el sexo femenino.

Con respecto al tiempo de estancia intrahospitalaria, no se encontraron reportes estadísticos concretos en la literatura. En nuestro estudio se observó que el 56% de los pacientes permaneció en un periodo comprendido entre 0-3 días, reflejando una adecuada evolución y respuesta a tratamiento, por otro lado, aunque no se reportaron complicaciones, se observó que los pacientes que requirieron mayor tiempo de estancia no rebasaron los 11 días de estancia intrahospitalaria (correspondiendo al grupo de entre 8-11 días de estancia intrahospitalaria) con un reporte del 10%.

Como lo plantea la literatura el antecedente más frecuente en esta enfermedad son las infecciones a nivel respiratorio superior, se han reportado hasta en el 40.5% de los casos<sup>47</sup>. En nuestra revisión se observa que hasta el 50% de los pacientes refirieron este antecedente.

Con respecto a los síntomas clínicos observados en esta serie, pudimos determinar la siguiente frecuencia: un predominio en la presencia de artralgias en 47% de los casos, continuando con la presencia de dolor abdominal en 34%. Así mismo se analizó que el dolor abdominal se presentó previo a la aparición de lesiones dérmicas 36.3% (4 pacientes), siendo de hecho el síntoma pivote en estos cuatro casos.

Atendiendo a la valoración de signos clínicos la presencia de púrpura cutánea se considera requisito para el diagnóstico de la enfermedad, por lo que se corrobora en nuestra serie en el 100% de los pacientes. Sin embargo es importante resaltar que en 88% de los casos fue el síntoma inicial y en 13% de los pacientes (4 casos) se presentó como síntoma posterior, estos cuatro pacientes corresponden a los pacientes que debutaron con dolor abdominal.

El edema se presenta como segundo signo clínico en el 66%, seguido de la presencia de fiebre en el 69% de los casos. Se reportan signos compatibles con sangrado de tubo digestivo en el 22% y la hematuria fue positiva en el 6%.

## **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---

Al realizar el análisis con respecto a la localización del edema se concluyó que existe un predominio de localización en miembros pélvicos con mayor afección a nivel de maléolos, seguido de afección a nivel de ambos pies y posteriormente a nivel de rotulas y se observándose una menor frecuencia en otros sitios anatómicos.

De lo anterior podemos relacionar lo observado con respecto a la frecuencia de localización de las artralgias, en donde se describe mayor frecuencia de aparición a nivel maleolar, seguido de afección en rótulas y pies.

Atendiendo a los exámenes complementarios, en la literatura consultada, se reportan alteraciones en el leucograma, finalmente en los leucocitos, nuestro estudio reporta que el recuento leucocitario en 12 casos (37.5%) presentaban anormalidad.

Con respecto al registro de plaquetas en los 32 casos (100%) no existía plaquetopenia, lo cual era un dato necesario de inclusión en nuestro estudio, sin embargo se observo que en 3 casos (9.3%) había la presencia de plaquetosis, reportándose, por lo tanto 29 pacientes (90.6%) con valores plaquetarios dentro de no normal.

Si bien se desconoce la causa de la PHS, se sabe que la inmunoglobulina A (IgA) juega un papel fundamental en la fisiopatología de la enfermedad; existe elevación en la concentración sérica de IgA en 50-70% de los pacientes con PHS, principalmente en el inicio de la enfermedad y a expensas de la subclase IgA1. En nuestro estudio se observa que la determinación de IgA se encontraba normal en 9 pacientes (28%), alterada en 5 pacientes (15.6%) y no consignada en 18 pacientes (56.2%), por lo cual no podemos demostrar de manera significativa que la IgA juegue un papel fundamental en la fisiopatología de la enfermedad.

Con respecto a los resultados arrojados por el Examen General de Orina, 22 pacientes (68.75%), se reportaron sin alteraciones, sin necesitar por lo tanto más estudio o seguimiento de lesión renal en ninguno de los pacientes de nuestro estudio.

La medición de VSG y PCR como reactantes de fase aguda no fue determinante para la valoración de enfermedad, ni de grado de severidad o en pronóstico y evolución. Así mismo aunque fue solicitada no modifico la ruta diagnóstica ni tratamiento.

Nuestro estudio arrojó que el 25% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico previo a su ingreso, el 31.25% fueron tratados con AINES, mientras que el 21.8% no recibieron ningún tratamiento previo, lo anterior sin presentar evidencia significativa de mejoría o diferencias en la severidad del cuadro o la evolución de la misma.

## **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENoch-SCHÖNLEIN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---

El uso de tratamiento de sostén, fundamentalmente en reposo y medidas generales, se reporta como las principales medidas en el tratamiento de esta enfermedad. El uso de esteroides se aconseja en los pacientes con complicaciones renales o datos de alteración renal. De manera general, el tratamiento de esta enfermedad es conservador e individualizado. Sin embargo a lo anterior se registró en nuestro estudio que en el 90.62% de los pacientes fueron tratados con esteroides, el 31.25% recibieron tratamiento con antibióticos y AINES y sólo el 6.25% no recibieron tratamiento farmacológico alguno solo medias de sostén.

Con respecto al análisis de el tratamiento con esteroide se observo que de los 29 pacientes, 62% recibieron metilprednisolona, 24% recibió tratamiento con prednisona, 6.89% deflazacort e hidrocortisona, 3.44% recibió tratamiento con betametasona, y 10.3% con prednisolona. En todos los casos sin presentar diferencia significativa en cuanto a evolución y /o complicaciones.

Nuestros resultados coinciden con otros que se reportan en la literatura según los cuales estos pacientes evolucionan generalmente de forma satisfactoria. En nuestra serie, no se reporta ninguna complicación.

## **CONCLUSIONES**

La PHS es la vasculitis más frecuente en niños, nuestro estudio, corrobora, al igual que la literatura universal, que el grupo etario más afectado es el escolar 5-9 años de edad.

La literatura reporta que hay un predominio en el sexo femenino con una relación hombre/mujer es de 1 varón por 1.5 a 2 mujeres. Sin embargo nuestro estudio discrepa de los anterior demostrando un predominio del sexo masculino en un 53% de los casos.

El tiempo de estancia intrahospitalaria comprendido entre 0-3 días tuvo un predominio en el 56% lo que refleja un adecuada evolución y respuesta a tratamiento, por otra lado, no se reportaron complicaciones, en ninguno de los 32 pacientes (100%).

No se pudo identificar factores de riesgo o predisponentes, sin embargo se observa la existencia de infección previa a nivel respiratorio superior, hasta en el 50% de los pacientes.

Analizando los síntomas clínicos observados en esta serie, se destacan, la presencia de artralgias en 47% de los casos, dolor abdominal en 34%. Con respecto a lo anterior, la localización más frecuente de las artralgias, se observa nivel maleolar, seguido de afección en rótulas y pies.

Atendiendo a la valoración de signos clínicos la presencia de púrpura cutánea se corrobora en el 100% de los pacientes. Sin embargo es importante resaltar que en 88% de los casos fue el síntoma inicial y en 13% de los pacientes se presentó como síntoma posterior, estos cuatro pacientes corresponden a los pacientes que debutaron con dolor abdominal.

El edema se presenta como segundo signo clínico en el 66%, seguido de la presencia de fiebre en el 69% de los casos. Se reportan signos compatibles con sangrado de tubo digestivo en el 22% y la hematuria fue positiva en el 6%.

Los exámenes de laboratorio son indicativos de la presencia y actividad de la enfermedad pero carecen de especificidad.

Se sabe que la inmunoglobulina A (IgA) juega un papel fundamental en la fisiopatología de la enfermedad; sin embargo en nuestro estudio no pudimos demostrar de manera significativa la relación de la IgA con la fisiopatología y por lo tanto la presencia de la enfermedad. Lo anterior podría ser modificado si al 100% de nuestra población se le hubiera solicitado de forma rutinaria determinación de IgA, sin embargo por ahora no contamos con información suficiente para validar nuestra hipótesis de estudio.

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---

La evolución de esta enfermedad se aprecia benigna, apoyando tal hecho que en nuestro reporte no existe complicación alguna en ningún paciente.

En cuanto el tratamiento en esta serie, se basa en el uso de esteroides, sin embargo no existe evidencia significativa, que demuestre mejor evolución, disminución de complicaciones y un pronóstico favorable, comparado con el tratamiento basado en reposo y medidas generales.

Por lo que se sigue aconsejando el uso de esteroides en pacientes que presentes complicaciones renales o abdominales.

El pronóstico de la PHS en el presente estudio es aún incierto, ya que no se cuenta con un registro de seguimiento suficiente para poder determinarlo.

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

1. Ángeles L. Y Ballona R. Púrpura De Henoch Schönlein: Epidemiology, Clinical And Follow-Up For Five Years In Patients Hospitalized In Specialized Institute Of Child Health, 1995-1999
2. Ballinger S. Henoch-Schönlein Purpura. *Curr Opin Rheumatol.* 2003; 15: 591-4.
3. Gardner-Medwin Jm, Dolezalova P, Cummins C, Southwood Tr. Incidence Of Henoch-Schönlein Purpura, Kawasaki Disease, And Rare Vasculitides In Children Of Different Ethnic Origins. *Lancet.* 2002; 360: 1197-202.
4. Saulsbury Ft. Henoch-Schönlein Purpura. *Curr Opin Rheumatol.* 2001; 13: 35-40.
5. Fervenza Fc. Henoch-Schönlein Purpura Nephritis. *Int J Dermatol.* 2003; 42: 170-7.
6. Sano H, Izumida M, Shimizu H, Ogawa Y. Risk Factors Of Renal Involvement And Significant Proteinuria In Henoch-Schönlein Purpura. *Eur J Pediatr.* 2002; 161: 196-201.
7. Rostoker G. Schönlein-Henoch Purpura In Children And Adults: Diagnosis, Pathophysiology And Management. *Bio Drugs.* 2001; 15: 99-138.
8. Mrusek S, Kruger M, Greiner P, Kleinschmidt M, Brandis M, Ehl S. Henoch-Schönlein Purpura. *Lancet.* 2004; 363:1116.
9. Kaku Y, Nohara K, Honda S. Renal Involvement In Henoch-Schönlein Purpura: A Multivariate Analysis Of Prognostic Factors. *Kidney Int.* 1998; 53: 1755-9.
10. Susan Ballinger, Md Henoch-Schönleinpurpura Current Opinion In Rheumatology 2003, 15:591-594.
11. Willard R, Montemarano A. Henoch-Schönlein Purpura (Anaphylactoid Purpura). *E Medicine.* 2001. Nov 30:1-12.
12. Almeida Da Silva C, Mattei L, Liphau B, Bittencourt M. Purpura De Henoch-Schönlein Na Criança E Adolescente. *Rev Bras Reumatol.* 2000;40(3):128-136.
13. Tazard E. Henoch-Schönlein Purpura. *Archives Of Disease In Childhood.* 1999;80:380-386.
14. Cerda J, Fuentes P, Potin M. Púrpura De Schönlein- Henoch Asociado A Varicela: Caso Clínico. *Rev Chil Pediatr.* 2004;75(2):159 162.
15. Baselga E, Drolet B, Esterly N. Purpura In Infants And Children. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:673-705.
16. Giacomone D, Spizzirri F. Púrpura De Schönlein Henoch. *Arch Argent Pediatr.* 2001;99(2):168-170.
17. Pabunruang W, Treepongkaruna S, Tangnararatchakit K, Et Al.: Henoch- Schönlein Purpura: Clinical Manifestations And Long-Term Outcomes In Thai Children. *J Med Assoc Thai* 2002, 85(Suppl 4):S1213-1218.
18. Eisenstein Em: Navon-Elkan P: Acute Rheumatic Fever Associated With Henoch-Schönlein Purpura: Report Of Three Cases And Review Of The Literature. *Acta Paediatr* 2002, 91:1265-1267.
19. Masuda M, Nakanishi K, Yoshizawa N, Et Al.: Group A Streptococcal Antigen In The Glomeruli Of Children With Henoch-Schönlein Nephritis. *Am J Kidney Dis* 2003, 41:366-370.
20. Grech V, Vella C: Henoch-Schönlein Purpura With Nephritis In Two Siblings Following Infectious Mononucleosis. *Ann Trop Paediatr* 2002, 22:297-298.
21. Islek I, Muslu A, Totan M, Et Al.: Henoch-Schönlein Purpura And Pulmonary Tuberculosis. *Pediatr Int* 2002, 44:545-546.
22. Gimenez-Esparza Vich Ja, Arguelles Bf, Martin Ih, Et Al.: Recurrence Of Henoch-Schönlein Purpura In Association With Colitis. *J Clin Gastroenterol* 2002, 34:492-493.
23. Pore G: Gi Lesions In Henoch-Schönlein Purpura. *Gastrointest Endosc* 2002,55:283-286.
24. Puig L, Vidal D, Gilaberte M, Taberner R, Alomar A. Vasculitis. *Actas Dermosifilográficas.* 2000;91:249-264.

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---

25. Egan C, O'reilly M, Meadows K, Zone J. Relapsing Henoch-Schönlein Purpura Associated With Pseudomonas Aeruginosa Pyelonephritis. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:381-383.
26. Reinauer S, Megahed M, Goerz G, Ruzicka T, Borchard F, Susanto F, Reinauer H. Schönlein-Henoch Purpura Associated With Gastric Helicobacter Pylori Infection. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33:876-879.
27. Chemli J, Zouari N, Belkadhi A, Abroug S, Harbi A. Hepatitis A Infection And Henoch-Schönlein Purpura: A Rare Association. *Arch Pediatr.* 2004;11(10):1202-1204.
28. Challine-Lehmann D, Mauberquez S, Pawlotsky J, Rostoker G. Parvovirus B19 And Schönlein-Henoch Purpura In Adults. *Nephron.* 1999;83(2):172-173.
29. Chave T, Neal C, Mortimer N, Camp R. Henoch-Schönlein Purpura Following Hepatitis B Vaccination. *Ann Dermatol Venereol.* 2002;129:1s389.
30. Golderg E, Shoji T, Sapadin A. Henoch-Schönlein Purpura Induced By Clarithromycin. *International Journal Of Dermatology.* 1999;38(9):706-709.
31. Levy-Khademi F, Karman S, Amitai Y. Henoch-Schönlein Purpura: Simultaneous Occurrence In Two Siblings. *Pediatric Dermatology.* 2000;17(2):139-140.
32. Soylemezoglu O, Ozkaya O, Erbas D, Et Al.: Nitric Oxide In Henoch-Schönlein-Purpura. *Scan J Rheumatol* 2002, 31:271–274.
33. Yang Yh, Wang Sj, Chuang Yh, Et Al.: The Level Of Iga Antibodies To Human Umbilical Vein Endothelial Cells Can Be Enhanced By Tnf-Alpha Treatment In Children With Henoch-Schönlein Purpura. *Clin Exp Immunol* 2002, 130:352–357.
34. Amoli Mm, Thomson W, Hajeer Ah, Et Al.: Interleukin 1 Receptor Antagonist Gene Polymorphism Is Associated With Severe Renal Involvement And Renal Sequelae In Henoch-Schönlein Purpura. *J Rheumatol* 2002, 29:1404–1407
35. Imai T, Okada H, Nanba M, Et Al.: Henoch-Schönlein Purpura With Intracerebral Hemorrhage. *Brain Dev* 2002, 24:115–117.
36. Chiaretti A, Caresta E, Piastra M, Et Al.: Cerebral Hemorrhage In Henoch-Schönlein Syndrome [Review]. *Childs Nerv Sys* 2002, 18:365–367.
37. Al-Harbi Nn: Henoch-Schönlein Nephritis Complicated With Pulmonary Hemorrhage But Treated Successfully. *Pediatr Nephrol* 2002, 17:762–764.
38. Ma'luf Rn, Zein Wm, El Dairi Ma, Et Al.: Bilateral Subperiosteal Orbital Hematomas And Henoch-Schönlein Purpura. *Arch Ophthalmol* 2002, 120:1398-1399.
39. Wu Tt, Sheu Sj, Chou Lc, Et Al.: Henoch-Schönlein Purpura With Bilateral Central Retinal Artery Occlusion. *Br J Ophthalmol* 2002, 86:351–352.
40. Lind J, Mackay A, Withers Sj: Henoch-Schönlein Purpura And Priapism. *J Paediatr Child Health.* 2002, 38:526–527.
41. Sandell J, Ramanan R, Shah D: Penile Involvement In Henoch-Schönlein Purpura. *Indian J Pediatr* 2002, 69:529–530.
42. Shah D, Goraya Js, Poddar B, Et Al.: Acute Infantile Hemorrhagic Edema And Henoch-Schönlein Purpura Overlap In A Child. *Pediatr Dermatol* 2002, 19:92–93.
43. Garty Bz, Ofer I, Finkelstein Y: Acute Hemorrhagic Edema Of Infancy. *Isr Med Assoc J* 2002, 4:228–229.
44. Lawes D, Wood J: Acute Abdomen In Henoch-Schönlein Purpura. *Journal Of The Royal Society Of Medicine* 2002, 95:505–506.
45. Monastiri K, Selmi H, Tabarki B, Et Al.: Primary Antiphospholipid Syndrome Presenting As Complicated Henoch-Schönlein Purpura. *Arch Dis Child* 2002,86:132–133.
46. Pamela F. Weiss, James A. Feinstein, Xianqun Luan, Jon M. Effects of Corticosteroid on Henoch-Schönlein Purpura: A Systematic Review. *Pediatrics* 2007;120:1079-1087
47. Zamora Odio Janet, Solar Salaverri L. Aspectos clínico-terapéuticos de la púrpura de Henoch-Schönlein. *Rev Cubana Pediatría.* 2007;79(3).

# ANEXOS

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---

**Hoja De Recolección de Datos.**

<b>FOLIO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>INGRESO</b>	<b>EGRESO</b>	<b>DEI H</b>	<b>TOS (1)</b>	<b>RINORR EA (2)</b>	<b>ARTRALGI AS (3)</b>

<b>EDEMA (1)</b>	<b>PETEQUIAS (2)</b>	<b>DOLOR ABDOMINAL (4)</b>	<b>HEMORRAGIA INTESTINAL (2)</b>	<b>HEMATURIA (3)</b>	<b>FIEBRE (4)</b>

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN LOS  
PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO**

---

LEUCOS	NEUTROS	LINFOS	PLAQUETAS	IgA	EGO	VS	PCR	TRATAMIENTO PREVIO	TRATAMIENTO HOSPITALARIO	COMPLICACIONES