



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/33 - LESIONES EN EXTREMIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Díaz González¹, A. Mateo Acuña², E. Quiroz Flores³, D. Santana Castillo⁴, N. Arencibia Hernandez⁵

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria 3. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud CotoLino. Castro-Urdiales, Cantabria. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro-Urdiales, ⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Urgencias del Hospital comarcal de Laredo. Cantabria. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santoña. Santoña. Cantabria. España.

Resumen

Descripción del caso: Paciente niña de 14 años acude al servicio de urgencias de atención primaria, acompañada por su madre, refiriendo que desde hace 3 días presenta exantema en extremidades. Dolor a la movilización de extremidad inferior izquierda. En los últimos días presenta sensación de mareo con visión borrosa asociada a cefalea, disnea a la inspiración con tos escasa mientras practicaba deporte en horario extraescolar. Desde entonces paciente ha tomado antiinflamatorios no esteroideos cada 8 horas sin mejoría de la clínica actual. Hace 15 días estuvo en tratamiento antibiótico por cuadro de amigdalitis aguda estreptocócica. No fiebre termometrada. Niega dolor abdominal asociado a episodio actual. Dados los hallazgos presentados y la poca mejoría a antiinflamatorios, se decide derivar a urgencias pediátricas de hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 120/66 mmHg. Sat O2: 99%. FC: 98 lpm. Afebril. Triángulo de exploración pediátrica: estable. Aparente buen estado general. Mucosas orales sin lesiones. Piel: lesiones tipo exantema purpúrico pruriginoso en tobillos, piernas, muñecas y brazos que desaparecen a la digito presión. Tórax: MVC. Abdomen: no visceromegalias. No signos de irritación peritoneal. Aparato Locomotor: Dolor a la abducción de cadera izquierda. No edema de articulaciones. Maniobras meniscal interna izquierda dolorosa. Neurológico: sin alteraciones. Hemograma: leucocitosis sin desviación izquierda. Coagulación y bioquímica sin hallazgos patológicos. Reactantes de fase aguda: elevados. Elemental y sedimento de orina. Densidad: 1.030, pH: 6, sangre +++, prot +++, resto negativo.

Juicio clínico: Púrpura Schönlein-Henoch.

Diagnóstico diferencial: Glomerulonefritis postestreptocócica, lupus eritematoso sistémico, vasculitis secundaria a fármacos.

Comentario final: La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) afecta a pacientes en edades pediátricas después de una infección de vías respiratorias altas, es de aparición aguda con púrpura palpable, artralgias, dolor abdominal y glomerulonefritis. En Atención Primaria, debe sospecharse una plaquetopenia ante una púrpura no palpable y una vasculitis leucocitoclástica ante una púrpura palpable. La PSH es la vasculitis más frecuente en la infancia y afecta a pequeños vasos, su curso es generalmente autolimitado pero puede conllevar morbilidad renal a largo plazo.

Bibliografía

Audemard-Verger A, et al. Characteristics and Management of IgA Vasculitis (Henoch-Schönlein) in Adults: Data From 260 Patients Included in a French Multicenter Retrospective Survey. *Arthritis Rheumatol*. 2017;69(9):1862-70.

Chanussot-Deprez C, et al. Etiology of cutaneous vasculitis: utility of a systemic approach. *Gac Med Mex*. 2018;154(1):62-7.

Buscatti IM, et al. Henoch-Schönlein purpura nephritis: initial risk factors and outcomes in a Latin American tertiary center. *Clin Rheumatol*. 2018;37(5):1319-24.