



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

387/107 - MI HIJO TIENE MORETONES EN LAS PIERNAS

M. Ramos Oñate¹, J. Capellades I Lloparr², E. Saiz Yoldi³, L. Fernández-Vega Suárez³, A. Ukar Naberan¹, C. Laguna Cárdenas⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Niña de 4 años, natural de Japón, sin antecedentes personales de interés. Inmunización correcta según calendario vacuna. Acude al centro de salud el 25/12/18 por exantema cutáneo urticariforme en contexto de cuadro febril y odinofagia de 48 horas de evolución. Se diagnostica de escarlatina con test rápido de *S. pyogenes* positivo y se pauta tratamiento con amoxicilina 250 mg/5 ml 6cc cada 8 horas durante 10 días. Vuelve a consultar de urgencia el 1/01/19 por presentar desde hace 2 días, lesiones violáceas en ambas piernas, dolorosas a la palpación que no blanquean a la vitropresión. Niega fiebre desde que comienza con el antibiótico. No refiere otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física, estable, con buenas constantes afebril y TA de 110/55. T^a 36 °C. Buen estado general, estable, faringe hipodérmica sin exudado. Piel: púrpura palpable en cara anterior de ambas piernas con hematoma en cara anterior de tobillo izquierdo. Nalgas con lesiones purpúricas. Resto de exploración por aparatos normal. Se realiza analítica con hemograma bioquímica y coagulación. Se solicita tira reactiva de orina. Bioquímica: glucosa 102 mg/dL, creatinina 0,26 mg/dL, Na 138 mEq/L, K 3,9 mEq/L, PCR 0,3 mg/dL. Hemograma: leucocitos 8,3 con fórmula normal, hemoglobina 12,7, plaquetas 370. Coagulación: TP82% INR 1,15.

Juicio clínico: Púrpura de Schönlein Henoch.

Diagnóstico diferencial: Púrpura trombocitopénica idiopática. Glomerulonefritis posestreptocócica. Lupus eritematoso sistémico. Coagulación intravascular diseminada. Síndrome hemolítico urémico. Sepsis. Síndrome papulopurpúrico en guante y calcetín. Otros tipos de vasculitis.

Comentario final: La PSH es la vasculitis más frecuente en la infancia y afecta a pequeños vasos, siendo sus manifestaciones principales en la piel, el tracto digestivo y el riñón. Su curso es generalmente autolimitado pero puede conllevar morbilidad renal a largo plazo. No hay ninguna prueba diagnóstica para la PSH, se recomienda realizar una analítica completa para valoración de función renal y coagulación. Si hubiese alguna complicación se deberá realizar prueba de imagen. El curso natural de la enfermedad es generalmente autolimitado, con resolución completa de los síntomas en la mayoría de los pacientes, por lo que no necesita tratamiento. La duración es variable, pero generalmente se resuelve en las primeras ocho semanas. Las recurrencias dentro del primer año afectan hasta un 30-40% de los pacientes y habitualmente son de menor intensidad y duración.

Bibliografía

Ballinger S. Henoch-Schönlein purpura. Curr Opin Rheumatol. 2003;15:591-4.

Cassidy J, Petty R, Laxer R, Lindsley C (eds.). Textbook of pediatric rheumatology, 6th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011.

McCarthy HJ, Tizard EJ. Clinical practice: Diagnosis and management of Henoch-Schönlein purpura. Eur J Pediatr. 2010;169:643-50.