



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1526 - Púrpura de schölein-henoch del adulto

T. Ortega Gómez-Alfárez<sup>a</sup>, M.C. Monroy Gómez<sup>b</sup>, M. Molina Anguita<sup>c</sup>, A. Santamaría Marín<sup>b</sup>, M.I. Arias de Saavedra Criado<sup>d</sup>, M. Basterra<sup>e</sup> y M. Arambarri Segura<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Porzuna. Ciudad Real. <sup>b</sup>FEA Urgencias; <sup>f</sup>FEA Nefrología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 1. Ciudad Real. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de La Capilla. Jaén. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 80 años, exfumador, con antecedentes de hipertensión arterial, EPOC y carcinoma de próstata tratado sin datos de recidiva, que acudió a urgencias por lesiones cutáneas en abdomen y miembros inferiores (MMII). Veinticuatro horas antes había comenzado con edema facial y en extremidades. No refería dolor abdominal. Hacía tres semanas presentó catarro de vías altas, sin fiebre. Negaba cambios recientes en tratamiento y otra clínica asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración destacaba presión arterial 155/98 mmHg, rubicundez facial, edemas con fovea en manos y MMII y lesiones purpúricas confluentes en MMII y abdomen. Se realizó analítica objetivando creatinina 1,61 mg/dl (anteriormente normal), urea 58 mg/dl, proteínas totales 6,2 g/dl, PCR 3,9 mg/dl, hematuria microscópica y proteinuria de 1 gramo. Ante sospecha clínica de glomerulonefritis mensangial IgA, se interconsultó con nefrólogo de guardia, que ingresó al paciente. Se realizó biopsia renal con resultado de glomerulonefritis necrotizante focal con semilunas epiteliales en el 42% de glomerulos viables y depósitos mesangiales y subendoteliales de IgA, compatible con púrpura de Schölein-Henoch (PSH). Asimismo se realizó biopsia cutánea con diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica. No hubo hallazgos significativos en otras pruebas complementarias, excepto IgA 583. El paciente recibió tratamiento con corticoides, con mejoría de las lesiones cutáneas y normalización de la función renal.

**Juicio clínico:** Púrpura de Schölein-Henoch del adulto.

**Diagnóstico diferencial:** Glomerulonefritis. Vasculitis.

**Comentario final:** La PSH es una vasculitis sistémica de pequeño vaso, caracterizada por depósitos vasculares y mesangiales de IgA. Tiene baja incidencia en adultos pudiendo tener evolución desfavorable según compromiso renal y sistémico. Siempre se debe descartar neoplasia subyacente. Clínicamente se caracteriza por aparición de una púrpura palpable, artralgias, dolor abdominal y hematuria o proteinuria. El compromiso renal está descrito en 20-60% de casos. La biopsia renal es la prueba diagnóstica específica. El tratamiento se basa en controlar los síntomas agudos y monitorizar la función renal para prevenir la insuficiencia renal crónica, así como la corticoterapia con resultados variables.

**Palabras clave:** Lesiones cutáneas. Proteinuria. Glomerulonefritis.