

Purpura anafilactoide

Análisis de 35 casos
en el Hospital San Juan de Dios

*Dr. Jorge Armijo Cabalceta**

*Dr. Luis Fernando Vásquez Castillo***

*Dr. Jorge Elizondo Cerdas***

RESUMEN

Se analizarán 35 casos de Púrpura Anafilactoide diagnosticados en el Hospital San Juan de Dios en el período comprendido entre el año 1970 hasta julio de 1981. Se encontró que el compromiso abdominal y renal de estos pacientes era mucho menor que el reportado en la literatura; además, no fue evidente la relación de púrpura anafilactoide e infección por gérmenes gram positivos en esta revisión, donde hubo una predominancia de bacterias gram negativas. La mayoría de los casos se encontraron al final de la estación lluviosa y al inicio de la estación seca. La relación con drogas apareció en tres casos.

INTRODUCCION

La Púrpura Anafilactoide de Schönlein-Henoch es una afección púrpura no trombocitopénica, alérgica, con presencia de dolores articulares y ataques de cólicos abdominales y a veces diarrea con eliminación de sangre en heces. Heberden y William fueron los primeros en reportar pacientes con crisis de dolor abdominal con púrpura y edemas de manos y pies, Schönlein descubrió el componente de artritis con púrpura en 1837 y Henoch hizo una descripción de cuatro niños con rash en piel asociado a dolor abdominal tipo cólico, hemorragia gastrointestinal y dolor articular. La participación renal en las púrpuras de esta naturaleza, constituye una de las complicaciones más graves que se pueden producir y que pueden llevar a la terminación fatal a raíz de uremia. El motivo

* Residente del Servicio de Hemato-Oncología Médica, Hospital San Juan de Dios.

** Servicio de Hemato-Oncología Médica, Hospital San Juan de Dios.

de esta revisión es el conocer la frecuencia y forma de presentación clínica de esta patología en nuestro medio.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 176 expedientes del Hospital San Juan de Dios en el período comprendido entre el año de 1970 hasta julio de 1981, codificados con el diagnóstico de púrpura; de éstos, 35 se clasificaron como púrpura anafilactoide, de acuerdo al criterio de rash en piel, anafiláctico, de localización preferencial en miembros inferiores, asociado a otros elementos dermatológicos como prurito, huellas de rascado e infección en presencia de plaquetas normales.

RESULTADOS

Se encontró que la mayoría de los casos aparecieron en gente joven, entre los 10 y 30 años de edad (tabla 1).

Tabla 1
CASOS POR GRUPO DE EDAD

Grupo de edad	Nº casos
10 - 20 años	16 casos
21 - 30 "	5 "
31 - 40 "	4 "
41 - 50 "	3 "
51 - 60 "	3 "
61 - 70 "	1 "
71 - 80 "	3 "
Más 80 "	0 "

En cuanto al sexo, 14 casos, (40%), fueron del sexo masculino y 21 casos (60%), del sexo femenino.

La investigación de los datos sobre antecedentes alérgicos familiares fueron positivos en 8 casos, (22,85%), también se investigó el antecedente personal alérgico, resultando positivo en 4 casos, (11.42%).

En 17 pacientes, (48%), no se demostró infección precedente al desarrollo de la púrpura. En un 23% de los pacientes se identificaron las infecciones que se detallan en la tabla 2. En 10 pacientes, (28%), se presentó infección, pero no se pudo aislar el germen. Estas infecciones fueron: neumonía, meningitis, faringoamigdalitis, absceso de pierna, mastitis, infección de vías respiratorias superiores, enfermedad diarreica, rinitis y artritis. En 3 casos en los que no se encontró el agente infeccioso, se obtuvo historia de contacto con aspirina, nitrofurantoina y mixtura antidiarreica (Kaolin, pectina).

El rash en piel se encontró en el 100% de los casos y su localización puede verse en la tabla 3.

Tabla 2
INFECCION Y TIPO DE GERMEN

Infección	Germen	Casos
Faringoamigdalitis	Estafilococo	1
Sepsis urinaria	E. coli	2
Absceso de cuello	Neisseria	1
Furunculosis	Estafilococo	1
Sepsis urinaria	Klebsiella	1
Neumonía	Klebsiella	1
Piodermitis	E. coli	1

Tabla 3
DISTRIBUCION CORPORAL
DEL RASH PURPURICO

Localización	Casos
Piernas	15
Piernas-muslo	11
Pierna-muslo-abdomen	1
Pierna-muslo-abdomen-torax	1
Extremidades-torax	1
Abdomen	1
Extremidades-abdomen	1
Generalizadas	1
No descritas	2

El compromiso de tejidos blandos por edema se detectó en el 31% de los casos. Su localización puede verse en la tabla 4.

Tabla 4
LOCALIZACION DE LOS EDEMAS

Localización	Casos
Tobillo	3
Tobillo-pie	3
Palpebral	1
Codo-rodilla	1
Manos	1
Rodilla	1
No descrito	1

De los síntomas gastrointestinales, el cólico abdominal se registró en 6 casos, melena, hematemesis e intususcepción no fueron frecuentes (tabla 5).

Tabla 5
SINTOMAS GASTROINTESTINALES

Síntoma	Casos
Cólico	6
Melena	2
Intususcepción	0
Hematemesis	0
Guayaco positivo	2

Al igual que las manifestaciones digestivas, las molestias renales fueron poco importantes como se aprecia en la tabla 6.

Tabla 6
MANIFESTACIONES RENALES

Manifestación	Casos
Hematuria microscópica	10
Hematuria macroscópica	1
Albuminuria	5
Cilindro hemático	2
Oliguria	0
Hipertensión arterial	3

Se encontró hepatomegalia en 5 casos y artralgias en 13 casos. Los síntomas neurológicos aparecieron en 4 casos y consistieron en: disminución del tono muscular del miembro inferior derecho, visión borrosa, trastorno de conducta y cefalea.

La duración de los síntomas de la mayoría de los casos fue menos de 1 semana hasta 2 semanas; sólo 1 caso evolucionó en 3 semanas. No se presentó recurrencia en ninguno de los casos.

Otros exámenes que se realizaron fueron la velocidad de eritrosedimentación en 13 pacientes, de los cuales 2 eran altos y 11 normales. El tiempo de sangrado se hizo en 8 casos, de los cuales 1 era alto y 7 normales. El tiempo de protrombina se hizo en 18 pacientes, 14 de los cuales eran normales, y 4 estaban prolongados. El T.P.T. se realizó en 1 sólo paciente y fue normal. Se registró anemia en 6 pacientes. La función renal medida por nitrógeno ureico y creatinina se alteró en 3 casos; sin embargo, durante la estancia hospitalaria se normalizaron estos valores.

La mayoría de los casos aparecieron al final de la época lluviosa e inicio de la época seca; en el mes de noviembre, como se puede observar en la tabla 7.

Tabla 7
CASOS POR MES DEL AÑO

Mes	Casos
Enero	3
Febrero	3
Marzo	2
Abril	1
Mayo	2
Junio	4
Julio	1
Agosto	3
Setiembre	1
Octubre	2
Noviembre	8
Diciembre	3

El conteo de leucocitos en sangre periférica varió desde 4.250 hasta 25.000/mm³ con una mayoría de los pacientes entre 5 y 10 mil.

Ninguno de los pacientes murió durante su estancia hospitalaria.

En el tratamiento se utilizaron: en 11 pacientes, esteroides; en 6, analgésicos; y en 13, antihistamínicos. Algunos recibieron terapia combinada.

DISCUSION

Se puede señalar que en nuestro hospital San Juan de Dios se registran aproximadamente 3 pacientes con púrpura anafilactoide por año. El grupo analizado tiene diferencias y similitudes a lo que se ha consignado en otras series de pacientes con púrpura anafilactoide.

En la literatura se reporta (1) que el sexo masculino es el más afectado, con una relación de 2 a 1 con respecto al sexo femenino. En nuestra revisión no fue así, pues se encontró un 60% de sexo femenino y un 40% de sexo masculino; una relación 1.5 a 1 con respecto al sexo masculino. Los antecedentes alérgicos familiares fueron positivos en el 22.8% de los casos y los personales en el 11.4%, similar a lo reportado por otros (1,11,12) de 25 y 13.7, respectivamente.

Llamó la atención que la mayoría de los gérmenes que asociaron al cuadro purpúrico, eran bacterias gram negativas, a diferencia de lo que se ha señalado, en que el germen más frecuente es gram positivo (2). Además, la localización observada con frecuencia en vías respiratorias superiores, no coincidió con nuestra revisión, donde el foco estaba en vías urinarias y piel. Únicamente en 3 casos se logró establecer relación con drogas como aspirina, nitrofurantoina y mixtura anti-diarreica.

Edemas aparecieron en 11 casos y el sitio más frecuentemente afectado fue el tobillo. La eosinofilia y neutropenia que se reporta no se evidenció en esta revisión.

Los síntomas gastrointestinales, como el cólico abdominal, apareció en un 17% de los casos, similar a lo que ha sido reportado (3,4, 11); sin embargo, datos como melena, hematemesis e intususcepción fueron mucho menos importantes (tabla 5).

Las manifestaciones renales sólo aparecieron en 3 casos, en donde el nitrógeno úrico y la creatinina se elevaron, normalizándose durante el mismo internamiento. Otros reportan disfunción renal en 22% y

hasta 25% (4,5,6,7)

La hepatomegalia y las artralgias, 14% y 37% respectivamente, fueron mucho mayores que lo reportado por Allen et al (1).

En los exámenes se registró anemia en 6 pacientes, Ballard (4) señala disminución del hematocrito en todos sus pacientes.

La mayoría de los casos aparecieron al final de la época lluviosa y al inicio de la época seca. En una publicación (1) refieren que la mayoría de sus casos aparecen en los meses de marzo, abril y mayo, coincidiendo la mayoría de las infecciones del tracto respiratorio superior. Nosotros los detectamos preferentemente en noviembre.

La evolución de la enfermedad fue de menos de 1 semana hasta 2 semanas; sólo 1 caso evolucionó en 3 semanas. Se señalan evoluciones desde 1 semana hasta 6 semanas.

El rash apareció en el 100% de los casos, igual a lo que han consignado otros (8). La hematuria en nuestra revisión fue de 28%, otros reportan valores hasta del 20-30% (4,5,9,10).

La revisión permite concluir que la púrpura anafilactoide que nosotros atendemos en el Hospital San Juan de Dios es de individuos preferentemente femeninos de menos de 30 años de edad que en un 48% de los casos han tenido procesos infecciosos bacterianos y que localizan el rash purpúrico fundamentalmente en miembros inferiores. De ellos, un 31% hace edemas de localización articular, un 5% tuvo melena y un 17.1% cólicos abdominales, un 30.8% presentó hematuria, siendo el mes habitual de observación del proceso en noviembre, en la época en que finaliza el invierno y se inicia el verano.

Ninguno de los pacientes vistos falleció en el episodio agudo de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Allen, D. Anaphylactoid Purpura. A.M.A. J. of Dis. of Child. 99: 833, 1960.
2. Wayne, H. Anaphylactoid Purpura. Clin. Med. of North Amer. 56: 201, 1972.
3. Rodríguez, F., Ruven, L. Gastrointestinal and roentgenological manifestation of Henoch-Schöenlein Purpura. Gastroenterology. 59: 260, 1968.
4. Ballard, H., Eirenger, R., Gallo, R. Renal manifestation of Henoch-Schöenlein Syndrome in adults. Am. J. of Med. 56: 201, 1972.
5. Editorial. Arch. of Dis. of Child. 54:822, 1979.
6. Coakly, I., Chamberg, L. Anaphylactoid Purpura. Arch. of Dis. of Child. 54:903, 1979.
7. Nancy, E., Gary, M., Jones, T., Mozzara, M., Lawrence, H. The Schönlein-Henoch Syndrome. Arch. of Dis. of Child. 54: 822, 1974.
8. Editorial. Anaphylactoid Purpura. Am. J. of Dis. Child. 139: 529, 1980.
9. Kemple, C. Púrpura Anafilactoide. Edición Tercera, pág. 541. Editorial El Moderno. Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico. México, 1978.
10. Besson, P., McDermott, W. Púrpura Anafilactoide. Medicina Interna Cecil Loeb., pág.1853. Edición decimocuarta, Editorial Importécnica S.A., Madrid 1978.
11. Harvey, A. Púrpura Anafilactoide. Medicina Interna. Edición decimonovena, Editorial Interamericana, pág.160, México, 1976.
12. Harrison, A. Púrpura Anafilactoide. Tratado de Medicina Interna, pág.1843, cuarta edición, Editorial La Prensa Médica Mexicana, México 1976.