



CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdcl2023, (mayo 2023) ISSN 2415-0282

Púrpura de Schönlein-Henoch asociada a infección por Helicobacter pylori

Schönlein-Henoch purpura associated with Helicobacter pylori infection

Yanet Romero Reinaldo¹ <https://orcid.org/0000-0001-9349-6831>

Ana Teresa Cedeño Sánchez² <https://orcid.org/0000-0001-7724-4650>

Antonio Belaunde Clausell^{2*} <http://orcid.org/0000-0002-5602-0188>

Eleany Arrué Medina² <https://orcid.org/0000-0002-2092-4425>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: hfinlay32@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) una vasculitis causada por mecanismo inmunológico frecuente en niños varones de 3 a 15 años. Se caracteriza por una púrpura palpable, artritis o artralgias, dolor cólico abdominal o hemorragia gastrointestinal y nefritis. La etiología es desconocida. Con frecuencia se encuentra el antecedente de afección del tracto respiratorio superior, medicamentos, alimentos o picaduras de insectos. El tratamiento se sustenta en el uso de dieta blanda, sueroterapia, antiinflamatorios no esteroideos y el uso de esteroides por vía endovenosa.

Objetivo: Describir los elementos clínicos para el diagnóstico de una púrpura de Schönlein-Henoch en un adolescente que recibió atención médica en el Hospital "Dr. Carlos J. Finlay".

Presentación de Caso: Paciente masculino de 18 años de edad, con antecedentes de salud aparente. Acudió a los servicios de urgencia tras la aparición de lesiones violáceas diseminadas en piel en ambos miembros inferiores, glúteos y ambas manos. Durante su estadía aquejó dolor abdominal difuso de moderada intensidad. Se diagnosticó púrpura de Schönlein-Henoch asociada a infección por *Helicobacter pylori*. La evolución fue satisfactoria.

Conclusiones: La púrpura de Schönlein-Henoch constituye una entidad que requiere asistencia especializada de forma inmediata. Un diagnóstico precoz es importante para instaurar tratamiento específico.

Palabras clave: púrpura de Schönlein-Henoch; vasculitis; artralgia; proteinuria; dolor abdominal; *helicobacter pylori*.

ABSTRACT

Introduction: Schönlein-Henoch purpura (HSP) a vasculitis caused by immunologic mechanism frequent in male children aged 3 to 15 years. It is characterized by palpable purpura, arthritis or arthralgias, abdominal colic pain or gastrointestinal bleeding, and nephritis. The etiology is unknown. Often there is a history of upper respiratory tract disease, medications, food or insect bites. Treatment is based on the use of soft diet, serum therapy, non-steroidal anti-inflammatory drugs and intravenous steroids.

Objective: To describe the clinical elements for the diagnosis of Schönlein-Henoch purpura in an adolescent who received medical attention at the "Dr. Carlos J. Finlay" Hospital.

Case Presentation: 18-year-old male patient, with apparent health history. He went to the emergency services after the appearance of disseminated violaceous lesions on the skin of both lower limbs, buttocks and both hands. During her stay she presented with diffuse abdominal pain of moderate intensity. Schönlein-Henoch purpura associated with *Helicobacter pylori* infection was diagnosed. Evolution was satisfactory.

Conclusions: Schönlein-Henoch purpura is an entity that requires immediate specialized care. An early diagnosis is important to establish specific treatment.

Key words: Schönlein-Henoch purpura; vasculitis; arthralgia; proteinuria; abdominal pain, *helicobacter pylori*.

INTRODUCCIÓN

El púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) o Vasculitis por depósito de inmunoglobulina A (Vasculitis Ig A) es la vasculitis sistémica más frecuente de la edad pediátrica. Compromete los vasos de pequeño calibre producto del depósito de inmunoglobulina A (IgA) en ellos.⁽¹⁾

La PSH puede aparecer a cualquier edad, pero afecta sobre todo a niños entre tres y 15 años, y solo la presentan de 0,1-1,8/100 000 adultos al año. La enfermedad es más común en mujeres blancas y de mediana edad.⁽²⁾

Se caracteriza por una púrpura palpable, artritis o artralgias, dolor cólico abdominal o hemorragia gastrointestinal y nefritis. La etiología es desconocida. Con frecuencia se encuentra el antecedente de afección del tracto respiratorio superior por el estreptococo beta hemolítico grupo A, Yersinia o Mycoplasma (más raramente) o por virus (EB, varicela, parvovirus B-19, etc.). Otros desencadenantes pueden ser fármacos (penicilina, ampicilina, eritromicina, quinina), alimentos, exposición al frío o picaduras de insectos.⁽³⁾

Los criterios diagnósticos de la púrpura de Schönlein-Henoch propuestos por la Liga Europea contra las Enfermedades Reumáticas, con una sensibilidad de 100 % y especificidad de 87 %, plantean que se necesita la presencia de la púrpura como criterio mandatorio más uno de los siguientes criterios: dolor abdominal agudo, difuso o tipo cólico, puede acompañarse de hemorragia gastrointestinal, artralgia y artritis, compromiso renal expresado por proteinuria mayor de 0,3 g en 24 horas, hematuria y cilindros hemáticos en el sedimento urinario, histopatología: vasculitis leucocitoclástica con depósito de inmunoglobulina A (IgA) y proteína 3 del complemento (C3) en el endotelio vascular.⁽⁴⁾

El tratamiento se sustenta en el uso de dieta blanda, sueroterapia, antiinflamatorios no esteroideos y el uso de esteroides por vía endovenosa. Otros tratamientos, como la plasmaféresis o la administración de inmunoglobulinas intravenosas no superarán la categoría de tratamientos anecdóticos, que precisan de más estudios para poder ser recomendados. También son necesarios más estudios para comprobar la eficacia de la administración de factor XIII en el tratamiento del dolor abdominal y de la hemorragia gastrointestinal en la PSH.⁽⁵⁾

La posible relación entre la infección por Helicobacter pylori (HP) y la PSH fue mencionado en primer lugar por varios informes de casos que describían la asociación

entre quienes sufrían de PSH y gastritis de forma simultánea. El HP es una etiología conocida para muchas enfermedades gástricas como la gastritis, la úlcera péptica, el cáncer gástrico y el linfoma de células B del tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica (linfoma MALT). Además del daño tisular local, se ha descrito un papel potencial de la infección por HP en diversas patologías extragástricas. Las enfermedades autoinmunes incluyen la PSH, el síndrome de Sjogren, la trombocitopenia autoinmune y las polineuropatías inmunes agudas. También se ha descrito la asociación con otras enfermedades como la cardiopatía isquémica y la nefropatía membranosa.^(6,7)

El mecanismo de la PSH y la HP no está claro. La presencia de cepas de HP más tóxicas induce una fuerte respuesta inflamatoria, directa o indirectamente, con liberación de sustancias citotóxicas bacterianas y dependientes del huésped, predisposición genética del individuo, anticuerpos contra la HP reacción cruzada con algunos tejidos extragástricos, inmunoglobulina A polimérica (pIgA), complementos activados (C3 o C5) y cierto fibrinógeno/fibrina depositada en las paredes vasculares, sin depósito de IgG o IgM.^(8,9)

El objetivo del presente artículo es describir los elementos clínicos para el diagnóstico de una púrpura de Schönlein-Henoch en un adolescente que recibió atención médica en el Hospital "Dr. Carlos J. Finlay".

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 18 años de edad, con antecedentes de salud aparente. Acudió a los servicios de urgencia del Hospital "Dr. Carlos J. Finlay" tras la aparición de lesiones diseminadas en ambos miembros inferiores, glúteos y ambas manos de cinco días de evolución. Describió las lesiones como muy pruriginosas. Refirió además dolor en las articulaciones de ambos tobillos, rodillas y muñecas con aumento de la temperatura. No se constató al interrogatorio posible evento desencadenante.

Al examen físico se constató la presencia de lesiones maculo papulares de tonalidad violácea, diseminadas en ambos miembros inferiores, glúteo y palma de las manos. Que dejan relieve, no desaparecen con la presión (Imagen 1). Se constató artritis de ambos tobillos, rodillas y muñecas. El resto del examen físico no evidenció alteraciones.

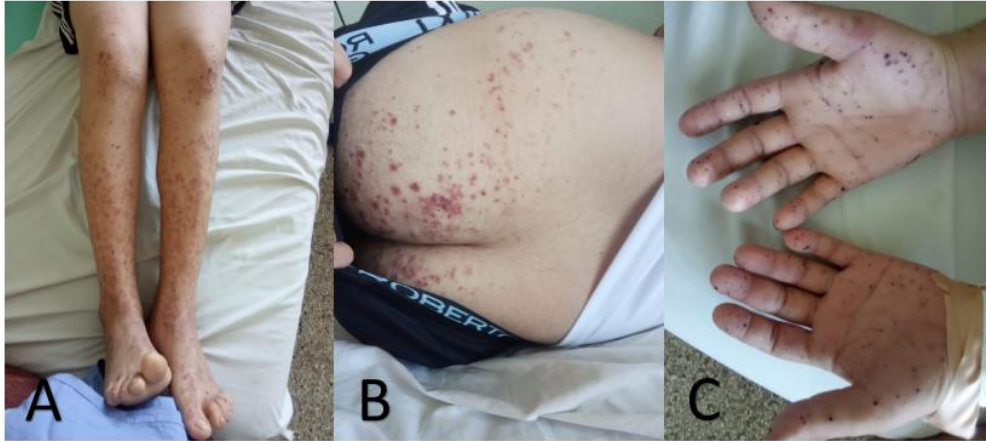


Imagen 1. A. Lesiones maculo papulares en miembros inferiores. **B.** Glúteos. **C.** Palma de las manos.

Durante su estadía en planta de hospitalización aquejó dolor abdominal difuso de moderada intensidad.

Complementarios:

Hemoglobina 13,6 g/L; leucocitosis $13,9 \times 10^9/L$; neutrófilos 33 %; linfocitos 23 %; formas mixtas 21 %; plaquetas $196 \times 10^9/L$; velocidad de sedimentación globular (VSG) 80 mm/h; transaminasa glutámico-oxalacética (TGO) 19 U/L; transaminasa glutámico-pirúvica (TGP) 35 U/L; gamma glutamil transpeptidasa (GGT) 39 U/L; fosfatasa alcalina (FAL) 231 U/L; creatinina $75,9 \mu\text{mol/L}$; glucosa 4,5 mmol/L; bilirrubina total 15,6 mmol/L; bilirrubina directa 6,3 mmol/L; proteínas totales 65,1 mmol/L, albúmina 44 mmol/L; colesterol 2,5 mmol/L, triacilglicéridos 0,3 mmol/L.

Hemocultivos: I, II y III. Sin crecimiento bacteriano.

Urocultivo: Sin crecimiento bacteriano

Exudado ótico y nasofaríngeo: Flora normal

Heces fecales: I, II y III. Negativo

Citurgia: Negativa

Serología para VIH: No reactiva

VDRL: No reactiva

Marcadores para VHB y VHC: No reactivo

Proteinuria 24 horas: 0,39 g/L/24 horas

ANA y Factor Reumatoideo: No reactivo

Complemento dentro de límites normales.

Ultrasonido abdominal: Hígado de tamaño y eco estructura normal, sin lesiones focales. Vesícula de paredes finas sin litiasis en su interior. Páncreas, bazo y ambos riñones de tamaño y eco estructura normal. No ascitis. Asas intestinales de calibre y motilidad normal. No se observa imagen en pseudoriñón.

Ultrasonido de rodillas: En vista anterior se constató efusión intraarticular moderada. Engrosamiento de la membrana sinovial. En vista posterior se constató evaginación sinovial.

Ecocardiograma: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 75 %. Estudio normal en reposo.

Tomografía simple de tórax y abdomen. No se observan alteraciones mediastinales ni pleuro-pulmonares. Hígado de tamaño normal, sin definir lesión focal. Páncreas, bazo y ambos riñones sin alteraciones. Asas intestinales de morfología normal. No adenopatía intraabdominales ni retroperitoneales. No alteraciones óseas.

Endoscopia superior. Úlcera activa del bulbo duodenal. Pangastritis eritematosa.

Biopsia de la mucosa del estómago. Gastritis crónica moderada, activa. Formación de un folículo linfoide. Helicobacter pylori positivo (Imagen 2).

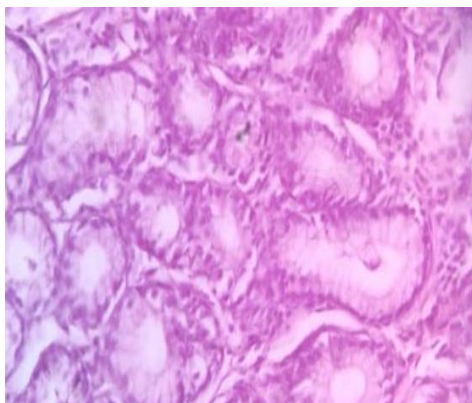


Imagen 2. Biopsia de mucosa de estómago. Tinción con hematoxilina/eosina.

Biopsia de piel. Dermatitis superficial peri-vascular. Se observa vesícula intraepidérmica (Figura 3).

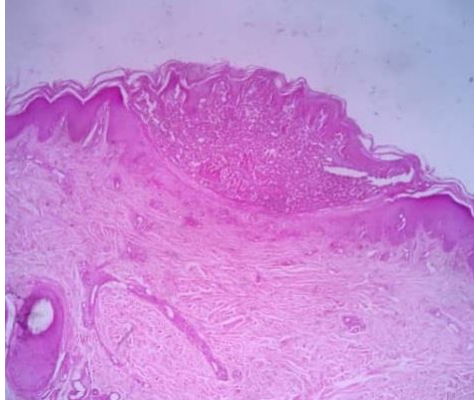


Imagen 3. Biopsia de piel. Tinción con hematoxilina/eosina.

Se indicó tratamiento con dieta blanda, hidratación endovenosa, prednisona por vía parenteral (1mg/kg de peso) durante 10 días para ir descendiendo la dosis y omeprazol por vía oral. Se adicionó al tratamiento amoxicilina y metronidazol en conjunto al omeprazol por vía oral durante 21 días al recibir el resultado de la biopsia de estómago.

Se constató mejoría significativa del estado general y de las lesiones en piel (Figura 4), con desaparición de la artralgia y del dolor abdominal.

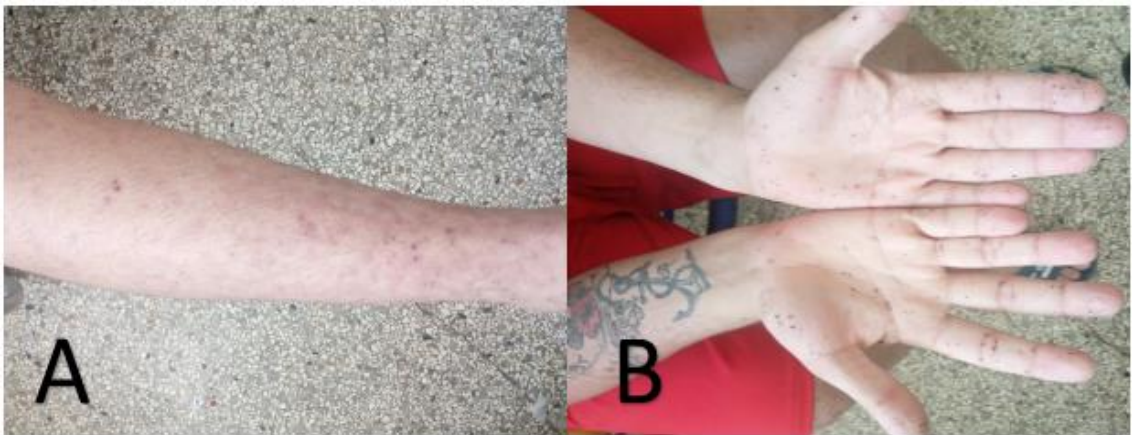


Fig.4. A. Se observa mejoría de las lesiones en miembros inferiores. **B.** Manos.

Proteinuria 24 horas tras el tratamiento con esteroides: 0,04 g/L/24 horas

El paciente fue egresado tras 10 días de estadía hospitalaria, bajo seguimiento por la especialidad de reumatología.

DISCUSIÓN

La PSH es una enfermedad sistémica, catalogada como una vasculitis leucocitoclástica con depósitos de IgA en los vasos afectados y en el mesangio glomerular, aunque no es específico.⁽¹⁰⁾

El problema de la definición del PSH permanece sin resolver y no hay ninguna universalmente aceptada. Las clasificaciones utilizadas remarcan la edad (inferior a 20 años) como factor de suma importancia en el diagnóstico de PSH. Sin embargo, esta entidad puede presentarse en mayores de 20 años, esto llevó a la revisión de los criterios diagnósticos de la PSH, tanto que la Sociedad Europea de Reumatología Pediátrica y la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR/PReS), han propuesto la supresión de la edad como criterio diagnóstico. Se propusieron nuevos criterios para el diagnóstico de la enfermedad (Tabla I).⁽¹¹⁾

Tabla 1. Criterios diagnósticos para la Púrpura de Schönlein-Henoch

Criterio	Definición
Criterio Obligatorio	
Púrpura	Púrpura o petequias, predominantemente en miembros inferiores y no asociada a trombocitopenia. En caso de distribución atípica se requiere la demostración de depósito de IgA en una biopsia.
Al menos uno de los siguientes criterios	
Artritis o artralgia	Artritis de inicio agudo definida como tumefacción articular o dolor articular con limitación de la movilidad y/o artralgia de inicio agudo definida como dolor articular sin tumefacción ni limitación de la movilidad.
Dolor abdominal	Dolor abdominal a tipo cólico, difuso, de inicio agudo. Puede acompañarse de invaginación y/o sangrado intestinal.
Afectación renal	Proteinuria >0,3g/24 horas o cociente albúmina/creatinina en orina >30mmol/mg en muestra de orina matutina. Hematuria o cilindro de hematíes: >5hematías/campo o cilindro de glóbulos rojos en el sedimento o ≥2+ en la tira reactiva.
Histopatología	Típicamente vasculitis leucocitoclástica con depósito predominante de IgA o glomerulonefritis proliferativa con depósito de IgA.

El paciente en cuestión que se presenta en este reporte cumple con el criterio obligatorio de la púrpura de distribución predominante en miembros inferiores y además cumple con los criterios de artritis, dolor abdominal y daño renal.

La conducta y el tratamiento de estos casos es aún controvertido, sin embargo existen algunas pautas (Tabla 2).⁽²⁾

Tabla 2. Recomendaciones para el manejo y tratamiento de la PSH según grado de evidencia.

Recomendación clínica	Grado de evidencia
Sospechar vasculitis por IgA en pacientes con púrpura palpable, artralgia y dolor abdominal. La evaluación diagnóstica inicial debe incluir: hemograma, química sanguínea, pruebas de coagulación, perfil metabólico, análisis de orina y determinación de albúmina.	C
No prescribir prednisona o agentes anti plaquetarios para prevenir el daño renal.	A
El tratamiento temprano con prednisona previene los dolores articulares y el dolor abdominal en niños.	B
Debe indicarse análisis de orina, creatinina mensualmente, así como chequeo de la tensión arterial durante seis meses para monitorizar la función renal	C
Debe considerarse la evaluación de los pulmones, riñones y próstata en búsqueda de enfermedad oncológica en pacientes de 60 años o más con diagnóstico de vasculitis por IgA.	C

A: evidencia basada en grandes estudios aleatorios controlados y revisiones sistemáticas, incluyendo metaanálisis. B: evidencia basada en estudios de alta calidad, no aleatorios, en estudios de casos y controles o en series de casos. C: opiniones de expertos no basadas en ninguna de las evidencias anteriores.

Por otra parte, la relación entre PSH y HP está infravalorada debido a que los estudios endoscópicos no están protocolizados de manera rutinaria en el estudio y tratamiento de la PSH.⁽⁸⁾ Está demostrado que la terapia de erradicación del HP reduce la recurrencia de la PSH.⁽⁶⁾ La efectividad del tratamiento de erradicación debe ser evaluada al concluir el tratamiento.⁽¹²⁾

En conclusiones la púrpura de Schönlein-Henoch constituye una entidad que requiere asistencia especializada de forma inmediata. Un diagnóstico precoz es importante

para instaurar tratamiento específico. La infección por HP puede ser el gatillo detonante de la PSH. En tal sentido la erradicación del HP es indispensable.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

YRR: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Software, Supervisión, Validación, Redacción del borrador original, Redacción, revisión y edición.

ATCS: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Supervisión, Validación, Redacción del borrador original, Redacción, revisión y edición.

ABC: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Software, Supervisión, Validación, Redacción del borrador original, Redacción, revisión y edición.

EAM: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Supervisión, Validación, Redacción del borrador original, Redacción, revisión y edición.

REFERENCIAS

1. Daniel Muarra-Álvarez H, Soliño-Pérez R, Llanes-Luis LE. Púrpura de Schönlein-Henoch. Informe de caso. *Mediciego*. 2020 [citado 5/1/2023]; 26(3):e1818. Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1818/3353>
2. Reamy BV, Servey JT, Williams PM. Henoch-Schönlein Purpura (IgA Vasculitis): Rapid Evidence Review. *American Family Physician*. 2020[citado 5/1/2023]; 102(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32803924/>
3. Carucci NS, La Barbera G, Peruzzi L, La Mazza A, Silipigni L, Alibrandi A, et al. Time of Onset and Risk Factors of Renal Involvement in Children with Henoch-Schönlein Purpura: Retrospective Study. *Children*. 2022[citado 5/1/2023]; 9(1394): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36138703/>
4. AlGhoozi DA, AlKhayyat HM. *BMJ Case Rep*. 2021[citado 5/1/2023]; 14:e239910. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33408113/>
5. Gómez S, Pérez M, Pellegrini M, Isern E, Quintana C, Artacho P, et al. Henoch-Schönlein purpura in pediatrics: Ten years of experience at a moderate risk office of

- a general hospital. Arch Argent Pediatr. 2020[citado 5/1/2023]; 118(1):31-37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31984693/>
6. Marginean CD, Marginean CO, Melit LE. Helicobacter pylori-Related Extraintestinal Manifestations—Myth or Reality. Children. 2022[citado 5/1/2023], 9(1352): [aprox. 28 p.]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/9/9/1352/pdf>
7. Xiong LJ, Mao M. Current views of the relationship between Helicobacter pylori and Henoch-Schonlein purpura in children. World J Clin Pediatr 2016[citado 5/1/2023]; 5(1): 82-88. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4737697/>
8. Mohamed M, Shariff M, Al Hillan A, Al Haj R, Kaunzinger C, Hossain M, et al. A Rare Case of *Helicobacter pylori* Infection Complicated by Henoch-Schonlein Purpura in an Adult Patient. J Med Cases. 2020[citado 5/1/2023]; 11(6):160-165. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8383653/>
9. Hoshino C. Adult Onset Schönlein-Henoch Purpura Associated with *Helicobacter pylori* Infection. Inter Med. 2009[citado 5/1/2023]; 48: 847-851. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19443983/>
10. Rodríguez-Quiroz F, Cerrato N. Púrpura de Henoch-Schonlein Reporte de un caso y Revisión de Literatura. HONDURAS PEDIÁTRICA. 2001[citado 5/1/2023]; 22(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: www.bvs.hn/RHP/pdf/2001/pdf/Vol22-1-2001-4.pdf
11. Andrade R, Añón X, Pérez V, Amaral M, Llambí L, Baccino C, et al. Púrpura de Schönlein-Henoch, presentación en el adulto. Arch Med Interna. 2011[citado 5/1/2023]; 32 (2):71-75. Disponible en: www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000300004
12. Mehrabani S. Helicobacter pylori Infection in Children: a Comprehensive Review. MAEDICA – a Journal of Clinical Medicine. 2019[citado 5/1/2023]; 14(3): 292-297. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6861721/>