



www.printo.it/pediatric-rheumatology/CO/intro

Púrpura de Henoch-Schoenlein (PHS)

Version of 2016

2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

2.1 ¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de la PHS es principalmente clínico (o sea que no hay un examen de laboratorio que haga el diagnóstico si no que éste se sustenta en los síntomas que presenta el paciente) y se basa en la presencia del brote típico (púrpura palpable), generalmente localizado en los miembros inferiores y que se encuentra asociado con al menos una de las siguientes manifestaciones: dolor de estómago, afectación articular (artritis o artralgia y afectación renal (principalmente hematuria). Además se deben excluir otras enfermedades que puedan causar síntomas parecidos, por lo que pueden ser necesarios otros exámenes adicionales. La biopsia de piel (tomar una muestra del brote para identificar los depósitos de IgA) no se indica de rutina, dejándose solamente para casos seleccionados según el criterio del médico.

2.2 ¿Qué exámenes de laboratorio y estudios de imagen son útiles?

No existen exámenes específicos para el diagnóstico de PHS (ver apartado como se diagnostica). Sin embargo pueden requerir algunos estudios para tratar de aclarar que órganos internos están afectados o para descartar otras enfermedades que se pueden parecer a la PHS. La velocidad de sedimentación globular (o eritrosedimentación) y la proteína C reactiva (PCR) pueden estar normales o aumentadas. La sangre oculta en heces positiva puede indicar una pequeña hemorragia intestinal. El examen de orina se hace para determinar si el riñón está afectado; puede mostrar una pequeña cantidad de sangre no visible

(hematuria microscópica) la cual se resuelve con el tiempo. Si se está perdiendo gran cantidad de proteínas por la orina (proteinuria) o los exámenes realizados muestran que los riñones están fallando, puede ser necesario tomar una pequeña muestra del riñón para ser analizada bajo el microscopio (biopsia renal). Los estudios de imagen como las ecografías pueden estar indicados cuando se quiere descartar otras causas de dolor abdominal y comprobar si hay posibles complicaciones, como invaginación intestinal

2.3 ¿ Tiene tratamiento con medicamentos??

La mayoría de los pacientes no necesita ningún medicamento. En algunas ocasiones se recomendará reposo, en otros casos se da tratamiento para controlar algunos síntomas: Cuando hay dolor en las articulaciones está indicado el acetaminofén y en algunos casos (si el dolor articular es muy intenso) anti inflamatorios como el ibuprofeno y el naproxeno (sin embargo estos deben ser ordenados solamente bajo criterio y vigilancia del médico tratante).

La administración de esteroides (orales o por la vena), se indica en los niños con síntomas gastrointestinales importantes, hemorragia intensa y cuando hay afección de otros órganos como los testículos, los pulmones o el sistema nervioso central. Si hay afectación grave de los riñones (pérdida de gran cantidad de proteínas por la orina y/o evidencia en exámenes de que los riñones están fallando) será necesario hacer biopsia renal (ver apartado estudios de laboratorio) . En casos seleccionados el médico formulará medicamentos para disminuir la pérdida de proteínas por la orina (IECAS: captopril, enalapril) y en otras será necesario el uso de esteroides (prednisolona) y de medicamentos para disminuir las defensas (inmunosupresores).

2.4 ¿Cuáles son los efectos secundarios del tratamiento farmacológico?

La mayoría de los pacientes no necesita ningún medicamento, o si lo requieren es por un corto período de tiempo, por lo que no se esperan efectos secundarios graves. El acetaminofén debe darse a las dosis recomendadas y en caso de requerirse AINE (naproxeno o ibuprofeno) estos deben administrarse con abundantes líquidos orales y con el estómago lleno.

2.5 ¿Cuánto tiempo durará la enfermedad?

La enfermedad puede durar entre 4 y 6 semanas. Es importante aclarar que las lesiones en piel pueden mejorar con el reposo y luego volver a presentarse una vez el niño reanuda la actividad física, sin que eso indique gravedad. La mitad de los niños con PHS tienen al menos una recaída es decir que pueden volver a presentar la enfermedad, la mayoría durante las primeras seis semanas. Generalmente estas recurrencias son mas leves y duran menos tiempo que el primer episodio. La mayoría de los pacientes se recuperan completamente y sin secuelas.