

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON
PÚRPURA DE HENOCH SCHÖNLEIN DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2012 -2021.**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

MARÍA DAYANA CARRANZA TEJADA

ASESOR:

MC.M. ROBERTO PELAYO MOSQUEIRA MORENO

ORCID: 0000-0002-6252-1448

CAJAMARCA – PERU

2022

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme fortaleza e iluminar mi camino día a día; a mi familia por no permitir que abandone mis sueños y apoyarme durante la carrera.

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres Norma y Luis, a mi abuela Zoila, quienes fueron un gran ejemplo de empeño; me cuidaron, amaron y enseñaron los valores que ahora tengo.

A mi hermano, Cristopher, quién siempre me apoyó y me motivó a seguir adelante.

A mi asesor Roberto Mosqueira, por el apoyo durante la realización de mi trabajo de investigación.

A mis maestros por la enseñanza y formación brindada.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	8
II.	PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	9
2.1.	DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
2.2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
2.3.	JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
2.4.	OBJETIVOS: GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	12
2.5.	MARCO TEÓRICO.....	12
2.5.1.	ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	12
2.5.2.	BASES TEÓRICAS.....	15
2.6.	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	28
2.7.	DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	28
2.8.	OPERACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.....	28
III.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	30
3.1.	TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
3.2.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
3.3.	POBLACIÓN.....	30
3.4.	MUESTRA.....	31
3.5.	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
3.6.	TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	32
3.7.	ASPECTOS ÉTICOS.....	32

IV. RESULTADOS	33
V. DISCUSIÓN.....	38
VI. CONCLUSIONES	42
VII. RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01: Variables e indicadores de las características clínicas y epidemiológicas.	29
TABLA N° 02: Distribución por año.....	33
TABLA N° 03: Distribución de años con mayor frecuencia de la patología y la procedencia.	34
TABLA N° 04: Distribución según la edad.	34
TABLA N° 05: Relación entre estación del año y antecedente de infección respiratoria.	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°01: Distribución según procedencia.	33
GRÁFICO N°02: Distribución según sexo.	34
GRÁFICO N°03: Distribución según estación del año.....	35
GRÁFICO N°04: según factor predisponente.....	35
GRÁFICO N°05: Características clínicas de PHS.	37

ANEXOS

ANEXO N° 01 Criterios diagnósticos de la púrpura de Henoch Schönlein según EULAR/PRES	49
ANEXO N° 02 Ficha de recolección de datos	50
ANEXO N° 03 Matriz de consistencia.....	51
ANEXO N° 04 Características clínicas de Púrpura de Henoch Schönlein	52

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínico-epidemiológicas en pacientes con púrpura de Henoch Schönlein del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012-2021.

Métodos: Se hizo un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Población conformada por menores a 15 años en el servicio de pediatría de dicho hospital, se utilizó formulario de recolección de datos, obteniendo la información de las historias clínicas. Esto se ordenó y se procesó en el programa estadístico Excel.

Resultados: Se identificaron 24 pacientes. Mayor presentación en los años 2014 (20,8%) y 2016 (25%). De procedencia urbana un 62%. Edad promedio de $6,46 \pm 3,81$ años, hombres en 54%. En primavera 45,9%. El 58,3% tuvo infección respiratoria previa y gástrica el 20,8%. El 83,3% tuvo una estancia hospitalaria hasta 5 días. El 100% presentó manifestaciones dérmicas en miembros inferiores (mmii), aislada 29,2% y asociada a glúteos 45,8%. Gastrointestinales, en un 75%, de estas el 55,6% fueron dolor abdominal más náuseas/vómitos; las articulares, 66,7% siendo de estos, el 87,5% en mmii; renales, 45,8% con presentación de hematuria en 45,5%. Las complicaciones se presentaron en el 50%, de estas el 50% gastrointestinales; 87,5% tuvo tratamiento con corticoides.

Conclusiones: Predominó el sexo masculino a razón de 1,18 a 1. La mayoría se dio en primavera. Principal antecedente fue las infecciones respiratorias. El 100% tuvo manifestación dermatológica, a predominio de mmii y glúteos; seguida de las gastrointestinales y, articulares. Las complicaciones estuvieron en un 50% siendo en su mayoría gastrointestinales. El 100% de los pacientes recibieron tratamiento de mantenimiento de los cuales el 87,5% fue tratado con corticoterapia, prednisona vía oral.

Palabras claves: Púrpura de Henoch Schönlein, manifestaciones epidemiológicas, y clínicas.

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical-epidemiological characteristics in patients with Henoch Schönlein purpura from the pediatric service of the Cajamarca Regional Teaching Hospital, 2012-2021.

Results: 24 patients were identified. Greater presentation in the years 2014 (20,8%) and 2016 (25%). 62% of urban origin. Average age of $6,46 \pm 3,81$ years, men in 54%. In spring 45,9%, summer 12,5%. 58,3% had previous respiratory infection and 20,8% gastric infection. 83,3% had a hospital stay of up to 5 days. 100% presented dermal manifestations in the lower limbs (mmii), isolated 29,2% and associated with the buttocks 45,8%. Gastrointestinal manifestations, in 75%, of these 55,6% were abdominal pain plus nausea/vomiting; the articular ones in 66,7% being of these, 87,5% in mmii; renal, 45,8% with presentation of hematuria in 45,5%. Complications occurred in 50%, of these 50% gastrointestinal; 87,5% had treatment with corticosteroids.

Conclusions: The male sex predominated in a ratio of 1,18 to 1. Most of them occurred in spring. The main antecedent was respiratory infections. 100% had dermatological manifestation, with a predominance of the mmii and buttocks; followed by gastrointestinal and joint. Complications were 50% being mostly gastrointestinal. 100% of the patients received maintenance treatment and 87,5% of patients were additionally treated with corticotherapy, oral prednisone.

Keywords: Henoch Schönlein purpura, epidemiological manifestations, clinical manifestations.

I. INTRODUCCIÓN

La púrpura de Henoch-Schönlein, actualmente conocida como vasculitis por inmunoglobulina A(IgA); por encontrarse en mayor cantidad dentro de las paredes de los vasos de los órganos afectados. Esta patología es de mayor frecuencia en población pediátrica, con ligera prevalencia en el sexo masculino, se puede presentar en cualquier estación del año con menor frecuencia en verano, y en su gran mayoría está precedido de un cuadro infeccioso respiratorio superior. (1)

Entre sus características clínicas encontramos a la tétada clásica: Púrpura palpable sin trombocitopenia ni coagulopatía, artritis y/o artralgia, dolor abdominal y nefropatía. Las cuales pueden presentarse en distinto orden y en el transcurso de días a semanas. En cuanto a exámenes de laboratorio, se observará un 50 a 70% de aumento a nivel sérico de IgA el que es directamente proporcional con el compromiso renal; un hemograma no específico y un perfil de coagulación que suele estar dentro de los rangos normales. (1)

Es por lo mencionado que se elige hacer un estudio de las características clínico-epidemiológicas, con el fin de conocer y determinar la similitud o diferencias de estas en nuestra región a comparación de otras regiones donde ya han sido estudiadas, como en Nicaragua en el Hospital Manuel de Jesús Rivera donde se observa la prevalencia en varones y se ratifica la prevalencia de infección respiratoria superior desencadenante, y su mayor afectación en la dermis y a nivel articular (2); lo que se ratifica en el estudio del Instituto Nacional del Niño, Lima, donde se obtiene resultados similares. (3)

De todo lo mencionado en nuestra región Cajamarca existe gran escasez de estudios sobre este tema, donde se cuenta con un hospital de referencia regional; más aún, esta patología tiene gran importancia por el sector que abarca y las complicaciones que pueden conllevar. Es por ello que la presente investigación describirá estas características clínico-epidemiológicas.

II. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

2.1.1. Definición

La Púrpura de Henoch Schönlein (PHS) es una enfermedad que se da principalmente en la edad pediátrica. La incidencia anual es de aproximadamente 20 por 100,000 niños menores de 17 años; poco común en adultos, 5 por 100,000 (4). En el Perú estos datos varían de 3,5 a 18 casos por 100,000 niños. (3)

La PHS sin nefritis se autocontrola, con resolución absoluta de los síntomas en la mayoría de los pacientes. Se ha observado que ocurre hasta un 30 a 40% de recurrencias dentro del primer año y tienden a ser de menor intensidad y persistencia. Hay complicaciones sustanciales a corto plazo (hemorragia digestiva) y largo plazo (daño renal), importantes en cuanto al pronóstico del paciente. El compromiso renal se da hasta un 2 a 15%, caracterizado por hipertensión, proteinuria o disminución de la tasa de filtrado glomerular; ha habido casos, menor al 1%, llegan insuficiencia renal terminal. (5)

Estudios realizados exponen que el motivo común de atención reumatológica en el Servicio de Emergencias del Instituto Nacional de Salud del Niño, concierne a la PHS. (3)

En Cajamarca, no se ha encontrado estudios sobre esta vasculitis que nos pueda informar y orientar sobre la realidad de esta enfermedad en esta región, a pesar que se especula ser una patología frecuente en la región. Tampoco se sabe si su presentación, características clínicas y epidemiológicas son semejante o concuerdan con otros estudios realizados a nivel nacional o internacionales.

2.1.2. Delimitaciones

Delimitación espacial:

La investigación se realizó en el departamento de Cajamarca, en la provincia del mismo nombre; los datos del estudio se obtuvieron en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Sin embargo, el alcance y validez del estudio abarca a toda la región Cajamarca con datos que pueden extrapolar a toda la población pediátrica.

Delimitación temporal:

Se realizó una primera fase de presentación de aprobación de proyecto entre los meses de junio del 2020 a febrero del 2021, una segunda fase de recolección de datos entre los meses de enero a febrero del 2022, una tercera y cuarta fase de procesamiento de datos y análisis de estos entre marzo y abril del 2022 y como quinta fase, elaboración de informe final y sustentación, mayo del 2022.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con púrpura de Henoch Schönlein del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012 - 2021?

2.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las vasculitis son inflamaciones de vasos sanguíneos poco comunes en la etapa pediátrica, es por ello que la PHS toma gran relevancia, siendo una de las vasculitis más frecuentes en dicha etapa; afectando en un aproximado de 10 a 20 niños por cada 100,000 por año.

En Latinoamérica hay escasez de información descriptiva sobre la PHS, los análisis epidemiológicos de esta vasculitis son mínimos y se han ejecutado en ciudades específicas de Estados Unidos o Europa, siendo de importancia, que en algunas investigaciones se insinúa el aumento de esta enfermedad en los últimos años.

Según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud del niño en el año 2016, la incidencia de la PHS en Perú, varía de 3,5 a 18 casos por 100,000 niños; por lo demás, hay muy pocos trabajos realizados en el país sobre esta enfermedad. Todo lo mencionado, sumado a que el Hospital Regional Docente de Cajamarca es el centro de referencia de diferentes microrredes de nuestra región, albergando así la totalidad de casos de PHS de la misma; más la motivación en determinar el actual curso epidemiológico y clínico durante los últimos años enfocado a nuestra realidad, es lo que hace importante el presente trabajo. Sirviendo estos resultados como base para conocer la presentación de la PHS en nuestra región; así como también servirá de antecedente para futuras investigaciones afines.

2.4. OBJETIVOS: GENERALES Y ESPECÍFICOS

2.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con púrpura de Henoch Schönlein del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012 -2021.

2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características clínicas de pacientes con púrpura de Henoch Schönlein del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012 - 2021.
- Reconocer las características epidemiológicas en pacientes con púrpura de Henoch Schönlein del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012 - 2021.
- Describir las complicaciones más frecuentes en pacientes con púrpura de Henoch Schönlein del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012 - 2021.
- Reconocer si llevaron un tratamiento con corticoides los pacientes con púrpura de Henoch Schönlein del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012 - 2021.

2.5. MARCO TEÓRICO

2.5.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Miralles et al. (6) realizaron un estudio de pacientes con PHS en el Hospital “Francisco de Borja” – Gandía. Obtuvieron 17 pacientes menores de 15 años, con edad promedio entre $6,12 \pm 4,9$ años, un predominio para el sexo masculino y una inclinación de estos

en otoño e invierno; que al igual que otros estudios tenían un antecedente de importancia, infección del tracto respiratorio en un 47% de los casos; en cuanto a la parte clínica, hubo una tríada en la mayoría de su presentación caracterizada por purpura cutánea palpable, manifestaciones gastrointestinales y articulares. Y un 53% presentó compromiso renal.

Rodríguez (2) describe las características clínico-epidemiológicas de niños diagnosticados con PHS en el Hospital Manuel de Jesús Rivera “La Mascota”, de enero del 2012 a diciembre del 2016. Obteniendo como resultados, que el 57% fue masculino, con edades comprendidas de 1 a 15 años; abarcando el 47% a los escolares, seguido de adolescentes, 38%. Estableciendo a las infecciones respiratorias como desencadenantes. El 95% tuvo compromiso cutáneo con el signo de púrpura palpable en un 98% de estas y a predominio de los miembros inferiores; seguido de las manifestaciones articulares en un 85%; y finalmente, renal con 23%.

Ruiz (7) obtuvo una muestra de 60 pacientes de la cual el 27% presentaron PHS, se mostró una prevalencia de 50% en pacientes con edades comprendidas entre los 8 a 10 años; en su mayoría, 25%, presentaron antecedentes de infección de vías respiratorias superiores y Se notificó un predominio en el sexo femenino. En cuanto a las manifestaciones clínicas las más frecuentes fueron las cutáneas en un 100%, artralgias 62,50% y dolor abdominal en 25%.

Pérez et al. (8) Se incluyeron 86 pacientes con PHS que asistieron a consulta de Reumatología Pediátrica en una institución de Bogotá. Del total, 42 (49%) fueron niñas y 44 (51%) niño, la edad media de presentación fue de 5,3 años. En cuanto a la

distribución por edad, el grupo de mayor afectación fue el de los pacientes de 4 a 6 años (55%). Todos los pacientes presentaron púrpura palpable, 88,4% artritis, 70,9% dolor abdominal y 45% compromiso renal. El compromiso renal se presentó con mayor frecuencia en el grupo de edad de 4 a 6 años (54%), seguido de los niños de 7 a 9 años (25%). No hubo diferencias significativas en la afectación renal por sexos ($p = 0,57$). El hallazgo clínico más frecuente fue proteinuria aislada encontrándose en el 49% de los pacientes con compromiso renal, seguido de proteinuria/hematuria en el 28%, hematuria aislada en el 15%, el síndrome nefrótico como manifestación severa se presentó en el 8% de los pacientes, no hubo datos de pacientes con síndrome nefrótico.

Dueñas (9) identificó en los pacientes con diagnóstico de PHS atendidos en el servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, las características clínico-epidemiológicas, el tratamiento más común y seguimiento. De 38 pacientes, el 65,8% fueron del sexo femenino; la mayor presentación fue en invierno con un 36,8%. El 50% tenían como antecedente a la infección respiratoria alta. El 100% tuvo manifestaciones dérmicas, principalmente en los miembros inferiores y glúteos; Seguido con un 76,3 % con dolor articular; mientras que, 60,5% y 23,68% presentaron, dolor abdominal y manifestaciones renales, respectivamente.

Sáenz (10) realizó en Perú, un estudio de las características clínicas, epidemiológicas y el manejo de pacientes con diagnóstico de PHS del Hospital General de Huacho, años 2014 – 2018, obteniendo como resultados que la edad media a $7,43 \pm 2,79$, con predominio hacia el sexo femenino (52%), presentación durante el invierno (56%), evidenciando a su vez que las infecciones respiratorias altas previas se daban en un 40%. Las particularidades clínicas con mayor frecuencia fueron las dermatológicas,

llegando a un 100%, siguiendo las articulares con un 72%, las manifestaciones gastrointestinales, 68%, de estas el 60% presentaron dolor abdominal.

2.5.2. BASES TEÓRICAS

2.5.2.1. PÚRPURA DE HENoch SCHÖENLEIN

Comenzaremos refiriendo que las vasculitis vienen a ser un grupo de enfermedades cuya característica principal es la inflamación multifocal y necrosis de los vasos sanguíneos, que en ocasiones conlleva a la formación de granulomas. Que va a ir desde forma circunscrita y autolimitada hasta difuminada y grave. Los primeros estudios clínicos sobre las vasculitis fueron dados por Robert Willan (1757-1812), a quien se le considera como el padre de la dermatología moderna. (11) La PHS fue identificada en 1801 por Heberden y detallada en 1837 por Schönlein, mientras que Henoch estudió y explicó la afectación gastrointestinal y la renal en 1874 y 1899, respectivamente. (4)

La etiología es desconocida; sin embargo, se la ha asociado con infecciones respiratorias previas. (3) Se va a caracterizar por la tetrada clínica de púrpura palpable, dolor abdominal, artralgias y/o artritis y daño renal (12) y se caracteriza por tener depósito de inmunoglobulina IgA en los vasos pequeños del órgano que va a afectar. (13)

2.5.2.2. EPIDEMIOLOGÍA:

La PHS es de distribución mundial y va a afectar a todo grupo étnico; sin embargo, es más frecuente en poblaciones blancas y asiáticas. Se considera que va a afectar más a varones que a mujeres, siendo la razón de 1,2- 1,8 a 1. El 90% aproximadamente de los casos se van a producir entre los 3 a 10 años de edad. Suele ser más común durante las estaciones de invierno y primavera, y rara en verano. (13)

Se han llegado a describir muchos casos de PHS después de una infección respiratoria de las vías altas; también se ha asociado con la hipersensibilidad a alimentos y ciertos medicamentos (ampicilina, penicilina, eritromicina, quininas y clorpromazina). Generalmente va a tener un buen pronóstico (13); ya que, se resuelve de manera espontánea en dos semanas en un tercio de los casos, en dos a cuatro semanas el otro tercio, y el restante en más de cuatro semanas (14); aunque el grado de la afectación renal es lo que condicionará el pronóstico a largo plazo; pues entre 1% y 2% desarrollan enfermedad renal persistente representando de 2% a 15% de niños que ingresan a un programa de diálisis. (3) La evolución de casos con proteinuria ha sido favorable después de aproximadamente un año de seguimiento y se ha visto reversión de esta en la mayoría de los casos; sin embargo, es pertinente el seguimiento a largo plazo, como lo recomiendan los protocolos internacionales. (6) La PHS es menos frecuente en los adultos, como ya se mencionó, pero suelen tener complicaciones graves y crónicas. (13)

2.5.2.3. ANATOMÍA PATOLÓGICA

La biopsia cutánea va a mostrar que la vasculitis se ubica en los capilares dérmicos y las vénulas postcapilares. (13) En las características histológicas, las paredes de los vasos están impregnadas por neutrófilos, y estos al degradarse van a constituir el polvo nuclear llamado leucocitoclasia, el cual va a estar enclavado en los eritrocitos extravasados (púrpura) en la dermis adyacente. De igual manera las paredes de los vasos van a estar aumentadas y hasta necrosadas por la exudación de neutrófilos y fibrina cantidades diversas (15). Los estudios de inmunofluorescencia muestran IgA, que integra el complemento 3 (C3). IgA, C3, fibrina, inmunoglobulina G (IgG) y, en menor cantidad la inmunoglobulina M (IgM) también se almacenan dentro de las células endoteliales y mesangiales del riñón. (4)

Se han referidos en múltiples estudios la modificación de glucosilación de IgA, con niveles altos de anticuerpos anticardiolipina IgA; y también de factor de crecimiento transformante (TGF) beta en pacientes PHS. Aún no hay explicación de que únicamente uno de los dos subtipos de IgA (IgA1, mas no IgA2) se ubiquen en los infiltrados inflamatorios de esta enfermedad; así como, cuál es el papel que desempeña. Las conclusiones aluden que la beta-2-glucoproteína I (beta-2GPI) es un objetivo antigénico para la IgA. Aunque hay gran presencia de anticuerpos, se encuentran mínimos informes de trombosis. (4)

La evolución es fluctuante y no siempre estas particularidades se perciben con tan solo una biopsia. Es por ello que la histología positiva NO es una norma obligatoria de los criterios de diagnóstico desarrollados por EULAR / PRINTO / PRES. Es por ello que la biopsia solo es conveniente en caso de duda diagnóstica, una atipia o presentación incompleta. Por otra parte, la histopatología renal suele mostrar una glomerulonefritis endocapilar proliferativa, que va de la mano con un proceso segmentario focal a una afectación extensa en medias lunas. (15)

2.5.2.4. PATOGÉNESIS

Hasta el momento la patogénesis exacta de la PHS es desconocida; sin embargo, se ha percibido una mayor reiteración en las infecciones del tracto respiratorio superior. (13) Siendo el estreptococo el agente causal más común. También se ha relacionado *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella* y *Yersinia*; así como, al virus de la varicela, hepatitis B y C, rubéola, sarampión, citomegalovirus, parvovirus B19, adenovirus y distintas vacunas. Hay fármacos involucrados, los cuales son β -lactámicos, macrólidos, y diversos analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos han sido descritos como probables agentes precipitantes. (16)

Igual que otros síndromes vasculíticos, la PHS se ha descrito como un síndrome paraneoplásico, aunque su asociación es muy rara. (17)

Se ha observado también que algunas veces hay presentación de varios en una familia, es por ello que también se ha indicado un componente génico. (13) La zona del antígeno leucocitario humano (HLA), como los polimorfismos en otros genes relacionados con el sistema inmune, están asociados con el IgAV, a veces con resultados contradictorios, lo que se explicaría por la diferencia de los factores étnicos y ambientales. (4) Es importante resaltar que alelos como HLA-B34 y HLA-DRB1*01 han sido vinculado a la nefritis de la PHS. Los pacientes con fiebre mediterránea familiar, síndromes con fiebre periódica hereditarios y deficiencias del complemento tienen mayor riesgo de sufrir PHS, lo que nos indicaría que podría haber una desregulación inmunitaria de origen génico. (13)

2.5.2.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se ha observado la presencia de cuatro síntomas clásicos de PHS los que van a incluir a la púrpura palpable, artralgias, problemas gastrointestinales y afectación renal. Entre las manifestaciones clínicas menos comunes de la PHS están la hemorragia testicular y hemorragia pulmonar intersticial. (15)

Manifestaciones cutáneas: La púrpura palpable es una característica diferenciadora, y va a iniciar con máculas rosadas o habones, progresar a petequias, púrpura palpable o equimosis extensas; raramente se producen ampollas y úlceras. (15) Según el grupo etario de los pacientes se van a presentar de forma diversa, en niños suelen ser urticariformes; mientras que, en los adultos, llegan hasta necrosarse. En otras ocasiones son bullosas o como vesículas hemorrágicas. (17) Estas lesiones cutáneas frecuentemente tienen simetría y suelen aparecer en zonas en declive, como las extremidades inferiores, o en

puntos donde hay más presión, como las nalgas; sin embargo, hasta un tercio de los pacientes tienen implicación del tronco, extremidades superiores (15) y la cara en pacientes que aún no caminan (4). Las lesiones descritas suelen permanecer pocos días, desde tres hasta diez días; aunque estas pueden volver a aparecer después de cuatro meses de la aparición inicial. (15)

Se ha observado con frecuencia la presencia de edema subcutáneo en el dorso de las manos y pies, periorbitaria, labios, escroto y cuero cabelludo esto en su mayoría en niños menores de 3 años de edad (13); sin embargo, se han notificado en adultos, en el dorso de las manos generalmente (4). Cuando las lesiones cutáneas hemorrágicas desaparecen, los depósitos de hemosiderina van a decolorar la piel durante semanas. (15)

Manifestación Articulares: Un quince por ciento de los pacientes van a presentar esta manifestación como un síntoma inicial, de tal modo que vamos a poder ver que precede a la púrpura de uno a dos días; las artralgias y/o artritis solo involucran a 84% aproximadamente de los niños. (4) Generalmente se van a observar poliartralgias no destructivas que van a implicar las rodillas y los tobillos, en menor cantidad pueden verse afectados las manos y los pies. Las articulaciones comprometidas van a presentar dolor, inflamación y funcionalidad reducida (15), en su mayoría sin derrame articular, eritema y/o calor (4); tiende a ser autolimitada, resolviéndose aproximadamente en 2 semanas, aunque puede recidivar. (13)

Manifestaciones Gastrointestinales: Se va a presentar en un 10 a 40% de los pacientes, puede anteceder a las lesiones dérmicas y se va a dar por el depósito IgA en las paredes de los vasos intestinales causando hemorragia submucosa, edema y dolor gastrointestinal. Las lesiones purpúricas se pueden vislumbrar en la endoscopia,

comúnmente en el duodeno descendente, el estómago y el colon; en el íleon terminal también puede estar involucrado. (15) Además de dolor estos pacientes van a presentar náuseas, vómitos, y transitorios íleos paralíticos, siendo estos los más leves; los hallazgos más severos vienen a ser la hemorragia gastrointestinal, isquemia intestinal, necrosis, intususcepción, y perforación intestinal. Es por ello que, si encontramos sangre oculta en heces, aumento de las heces alfa-1-antitripsina e hipoalbuminemia sin proteinuria, aún en pacientes que niegan síntomas gastrointestinales, se les debe sugerir un análisis más profundo. Sin embargo, las manifestaciones gastrointestinales en su mayoría se van a observar entre ocho días a intervalos aún más largos de semanas hasta meses desde la manifestación dérmica. (4)

Las complicaciones gastrointestinal más usuales de la PHS es la invaginación intestinal y entre las más extrañas esta la pancreatitis aguda, afectación de la vesícula biliar, perforación intestinal y, en niños, enteropatía perdedora de proteínas. (4)

Manifestación renal: Se observa desde un 20 a 55% de los niños con PHS. Las manifestaciones van desde hematuria microscópica, proteinuria leve hasta síndrome nefrótico, nefrítico e insuficiencia renal (15); sin embargo, esta enfermedad raramente progresa en niños, en uno a dos por ciento. (13) La hipertensión puede darse en el principio o cuando ya se está recuperando de PHS. Generalmente se va a presentar hematuria microscópica aislada y esta será luego de cuatro semanas del inicio de la enfermedad. Los casos suelen ser leves y con buenas posibilidades de recuperación. Es importante mencionar que los niños que no presentaron síntomas renales en los primeros seis meses del inicio de la PHS, no presentan probabilidad de desarrollo de daño renal a largo plazo. (15)

Otros órganos involucrados:

Escroto: se va a dar entre 2 a 38 por ciento. El dolor escrotal está entre los síntomas de manifestación inicial. A dicho dolor se le puede añadir hiperestesia en la zona y aumento del volumen testicular y/o escrotal. Lo que podría hacernos pensar como diagnóstico diferencial en una torsión testicular, por ende, para descartar se debe realizar una ecografía. (4)

Sistema nervioso central y periférico: numerosos reportes refieren sobre la presencia de compromiso neurológicas en niños con PHS, identificado por dolores de cabeza, convulsiones, encefalopatía (tanto encefalopatía hipertensiva como síndrome de encefalopatía reversible posterior), también hace mención sobre déficits neurológicos focales, ataxia, hemorragia intracerebral, y neuropatías tanto centrales como periféricas. La mayoría de los hallazgos son pasajeros, aunque puede presentarse efectos permanentes y estos tendrían correlación con enfermedad cerebrovascular hemorrágica. (4)

Tracto respiratorio: Hay reporte de daño subclínico en pulmones de niños diagnosticados con PHS, estos van a tener una disminución de la difusión de monóxido de carbono; mientras que, los volúmenes pulmonares como la gasometría no se ven afectados. Difícilmente se verán reportes de casos graves asociados a hemorragia pulmonar. (17)

Ojos: La queratitis y la uveítis son manifestaciones difíciles de encontrar en PHS y por lo común nos harían pensar primero en otras causas. (4)

2.5.2.6. DIAGNÓSTICO:

La Academia Americana de Reumatología (ACR) en 1990 planteó criterios para diagnosticar a los pacientes con PHS, los que tenían una sensibilidad del 87,1% y especificidad del 87,7%; requiriendo un mínimo de dos de los siguientes: (5)

- Edad debut de la enfermedad en ≤ 20 años.
- Púrpura palpable.
- Dolor abdominal agudo.
- Biopsia con granulocitos en las paredes de vénulas y pequeñas arteriolas.

En el 2005, un conjunto de estudios de vasculitis de la Sociedad Europea de Reumatología Pediátrica (PRES), con el apoyo de la European League Against Rheumatism (EULAR), enunciaron nuevas pautas para el diagnóstico de las vasculitis en Pediatría, validándose estos en 2008. Los cuales tienen mayor sensibilidad y especificidad, de 100%, y 87%, respectivamente, llegan a reemplazar a los anteriores.

(5) ANEXO 01.

Biopsia: como se mencionó anteriormente esta prueba se va dar a realizar a pacientes pediátricos con presentación rara de PHS, enfermedad renal relevante y en pacientes adultos por la rareza en este grupo etario, y más aún por la incidencia de otras formas de vasculitis que pueden ser semejantes. (4) Se realiza de la siguiente manera:

Piel: se va a sacar muestras de los pequeños vasos sanguíneos de la dermis superficial, se hará tinción con hematoxilina y eosina, lo que evidenciará deposición de IgA en vénulas postcapilares propio de la PHS. Las muestras deben contener las lesiones cutáneas con un tiempo de extracción menor a 24 horas, pues a mayor

tiempo, van a tener un escape inespecífico de todos los isotipos de inmunoglobulina y esto se debe al daño del vaso. (4)

Riñón: esta muestra se va reserva exclusivamente para los casos en que se sospeche de daño renal severo. En la PHS se evidencia un depósito de IgA en el mesangio en microscopía de inmunofluorescencia que es similar a la nefropatía por IgA. (4)

Pruebas de laboratorio: no hay prueba diagnóstica de laboratorio para la PHS; sin embargo, tener un recuento normal de plaquetas y perfil de coagulación (tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial y tiempo de sangrado) normales, van a despejar nuestros diagnósticos diferenciales; ya que, como en la trombocitopenia o coagulopatía se van a observar la presencia de púrpuras. (4)

Entre el abanico de posibilidades diagnósticas tenemos que tener en cuenta la púrpura trombocitopénica idiopática, glomerulonefritis postestreptocócica, lupus eritematoso sistémico, coagulación intravascular diseminada, síndrome hemolítico urémico, sepsis, síndrome papulo-purpúrico en guante y calcetín, y otros tipos de vasculitis. (18)

La ecografía abdominal suele usarse para evidenciar cambios en el grosor de la pared intestinal, hematomas, líquido peritoneal e intususcepción. No son útiles los estudios de enema con contraste, ya que es posible que no detecten las intususcepciones del intestino delgado. (1)

2.5.2.7. TRATAMIENTO

Como ya se ha mencionado reiteradas veces, la mayoría de pacientes con PHS van a tener una recuperación espontáneamente.

Si es que se le va a dar una terapia esta será de apoyo, la que debe incluir: hidratar al paciente, reposo en cama (ya que esto va a disminuir el edema de las extremidades inferiores, las nalgas y el área genital) y si hay presencia de dolor, y este es de leve a moderado ya sea dolor abdominal y/o articular se debe incluir acetaminofén o antiinflamatorios no esteroideos (AINE). En síntomas severos, algunos expertos se atreven a afirmar que los glucocorticoides pueden aliviar algunas manifestaciones, como erupción cutánea, artritis / artralgias, dolor escrotal / orquitis y dolor gastrointestinal; aunque no hay muchos estudios de los glucocorticoides como terapia para PHS y sus efectos contrapuestos que podrían generar. (1)

Como se mencionó va haber edema en las paredes intestinales de los pacientes con diagnóstico de PHS lo que no va a permitir una apropiada impregnación tanto de AINEs como de glucocorticoides, ocasionando un fallo en el tratamiento. (1)

Los AINEs pueden ser contraproducentes en pacientes con hemorragia gastrointestinal activa o glomerulonefritis y se debería a los efectos que causa en las plaquetas y la perfusión renal. Por otro lado, no hay evidencia que refiera que el uso de inhibidores de la ciclooxigenasa podría aumentar el riesgo de hemorragia gastrointestinal en un niño con vasculitis intestinal; sin embargo, se debería utilizar con precaución. (1)

Si se va a usar glucocorticoides, se debe tener en cuenta que estos pueden disminuir la inflamación, aunque al parecer, no alterarían la fisiopatología. Es relevante que los pacientes con corticoterapia para el dolor abdominal intenso tengan una estrecha vigilancia, ya que estos pueden ocultar los signos y síntomas catastróficos en estos pacientes con PHS. Se sugiere el uso de prednisona (1 a 2 mg / kg por día, dosis máxima de 60 a 80 mg por día) y para los pacientes con intolerancia oral, se debe administrar metilprednisolona parenteral (0,8 a 1,6 mg / kg por día, dosis máxima de

64 mg por día). Siendo la metilprednisolona intravenosa muy beneficiosa por el edema submucoso y hemorragia del sistema gastrointestinal, ya mencionado. (1)

Las indicaciones de hospitalización en pacientes con PHS son: (1)

- Intolerancia oral.
- Deterioro del estado mental.
- Dolor abdominal intenso.
- Sangrado gastrointestinal significativo.
- Afectación severa de las articulaciones al punto de limita la deambulaci3n y / o el autocuidado.
- Insuficiencia renal, con creatinina elevada, hipertensi3n y / o s3ndrome nefr3tico.

Considerar un adecuado manejo de l3quidos y electrolitos en pacientes con disfunci3n renal. (1)

Los pacientes con enfermedad renal pueden llegar a la hipertensi3n y requerir una terapia antihipertensiva. Se refiere que los pacientes con s3ndrome nefr3tico, hipertensi3n o insuficiencia renal tienen un mayor riesgo de morbilidad renal a largo plazo. (1)

Otros medicamentos utilizados en casos m3s graves vienen a ser la dapsona, azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina y plasmaf3resis. (3)

2.5.2.8. COMPLICACIONES: (19)

- **Renales:** Glomerulonefritis, s3ndrome nefr3tico, insuficiencia renal, obstrucci3n ureteral.

- **Gastrointestinales:** Intususcepción, gangrena del intestino, perforación intestinal, hemorragia gastrointestinal.
- **Sistema nervioso central:** Hemorragia cerebral, convulsiones, paresia, neuropatía periférica.
- **Otros:** Hemorragia pulmonar, hemorragia testicular, hemorragia escrotal, miositis, miocarditis.

2.5.2.9. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES:

Es controversial el empleo de glucocorticoides, a pesar de que, muchos médicos refieren una rápida mejora de los síntomas. Otro punto muy dudoso es si la corticoterapia va a alterar los resultados clínicos a largo plazo; finalmente, se sabe que estos traen diversos efectos adversos: van a encubrir signos de fiebre y dolor hasta el riesgo de ocultar signos de compromiso intestinal si el tratamiento se inicia después de una invaginación intestinal; hasta síntomas ya conocidos como la hiperglucemia, hipertensión, aumento de peso, acné, inmunosupresión entre otros. Por lo mencionado, no se recomienda el empleo rutinario de glucocorticoides. (1)

2.5.2.10. SEGUIMIENTO Y PRONÓSTICO

Se ha mencionada en reiteradas oportunidades que la PHS sin nefritis viene a ser autolimitada, incluso teniendo resolución completa de los síntomas.

Sin embargo, hasta un 30 a 40% se ha observado recidivas durante el primer año posterior a dicha patología, pero siendo esta de menor intensidad y duración. Se refiere a su vez que el 97 % de los pacientes que presentaron afectación renal, lo iban desarrollando en el lapso de los seis primeros meses, es por ello que el tiempo adecuado

de seguimiento son 6 meses; aunque algunos médicos recomiendan prolongarlo a los 12 primeros meses. (5)

Proponen como seguimiento, uroanálisis periódico al igual que la toma de presión arterial (PA). De estar estos análisis dentro de los parámetros normales, el paciente no requiere seguimiento más allá del sexto mes, pero si se detecta alteraciones se deberá estudiar la función renal y realizar un seguimiento a largo plazo hasta que las pruebas salgan dentro de los límites normales. Si el paciente presenta síndrome nefrótico o nefrítico, deberá ser referido inmediatamente a un nefrólogo. (5)

Otro punto importante es que, durante la gestación, las pacientes con antecedente de PHS, se debe hacer cuidadoso seguimiento, ya que se ha visto que pueden desarrollar frecuentemente proteinuria y/o hipertensión durante el embarazo. (5)

2.5.2.11. INFORMACIÓN A PADRES

Se les debe informar desde un inicio los órganos y sistemas que mayormente son afectados por la PHS; y esto fundamentalmente para que no genere alarmas innecesarias cuando se presente algún nuevo síntoma, como artritis, dolor abdominal intenso o sangrado de heces u orina. A su vez que sepan cuando deben acudir por emergencia a un centro de salud (ante la sospecha de invaginación, torsión testicular, etc.). Recomendarles sobre el cuidado y tipos de dietas que deben llevar, y como deben progresivamente reintroducir algunos alimentos, sobre todo en pacientes con afectación gastrointestinal. Recomendarles no faltar a sus consultas periódicas y realizar todo examen que se le pide, como análisis de sangre y orina que se los pide muy seguido durante los primeros meses y ya más espaciado en periodos de varios años (dos o más si hay hematuria). (2)

2.6. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

2.6.1. HIPÓTESIS

Este trabajo de investigación no cuenta con hipótesis por ser un estudio descriptivo.

2.7. DEFINICIÓN DE VARIABLES

2.7.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLE INDEPENDIENTE 1: Características clínicas.

VARIABLE INDEPENDIENTE 2: Características epidemiológicas.

2.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

TABLA N° 01: Variables e indicadores de las características clínicas y epidemiológicas.

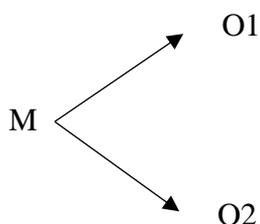
Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Categoría	Naturaleza	Escala
Características Clínicas.	Son manifestaciones, rasgos y aspectos propios de una patología.	Características clínicas de los pacientes estudiados que se pueden medir por cuestionario.	Manifestaciones dermatológicas.	Miembro superior. Miembro inferior. Glúteos. Tronco. Otros.	Cualitativa.	Nominal.
			Manifestaciones gastrointestinales.	Dolor Abdominal. Náuseas/vómitos. Hemorragia digestiva. Otros.	Cualitativa.	Nominal.
			Manifestaciones renales.	Hematuria. Proteinuria. Otros.	Cualitativa.	Nominal.
			Manifestaciones articulares.	Miembros superiores. Miembros inferiores. Otros.	Cualitativa.	Nominal.
			Complicaciones.	Renales. Gastrointestinales. Sistema Nervioso. Otros.	Cualitativa.	Nominal.
			Tratamiento recibido.	Si recibió corticoides. No recibió corticoides.	Cualitativa.	Nominal.
Características epidemiológicas.	Son particularidades propias.	Características epidemiológicas de los pacientes estudiados que se pueden medir por cuestionario.	Edad.	0-5 años. >5-10 años. >10- 15años.	Cualitativa.	Nominal.
			Procedencia.	Urbano. Rural.	Cualitativa.	Nominal.
			Estación del año.	Invierno. Otoño. Primavera. Verano.	Cualitativa.	Nominal.
			Factor desencadenante.	Infección respiratoria. Infección gástrica.	Cualitativa.	Nominal.
			Estancia hospitalaria.	0-5 días. 5-10 días. > 10 días.	Cualitativa.	Nominal.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo observacional ya que no habrá intervención del investigador, los datos reflejarán la evolución natural. Es descriptivo, puesto que delinearé e interpretaré utilizando criterios sistematizados, para obtener las características de la realidad estudiada a partir de una muestra. Transversal pues el estudio está en un periodo de tiempo comprendido entre enero 2012 a diciembre del 2021; y retrospectivo por los datos recolectados de las historias clínicas, que se recogerán en registros elaborados por el investigador. (20)

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



M: Muestra: pacientes con PHS.

O1: Observación de características clínicas de pacientes con PHS.

O2: Observación de características epidemiológicas de pacientes con PHS.

3.3. POBLACIÓN

La población está conformada por el total de pacientes menores a 15 años en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca, enero de 2012 a diciembre de 2021 que tuvieron diagnóstico de PHS.

3.4. MUESTRA

La muestra está conformada por la población y que sus expedientes clínicos cumplan con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes menores de 15 años con diagnóstico PHS en el servicio de hospitalización de pediatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012 - 2021.
- Que cuenten con historia clínica completa respecto a las variables a investigar en el presente estudio.
- Pacientes con recuento de plaquetas dentro de los valores normales para su edad.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 15 años hospitalizados sin diagnóstico de PHS, diagnóstico incierto o dudoso de PHS en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012 – 2021.
- Historias clínicas incompletas de las variables a investigar en el presente estudio.
- Pacientes que presentaron un recuento de plaquetas fuera de los valores normales para su edad.
- Pacientes fugados o con retiro voluntario.
- Pacientes con comorbilidades crónicas con o sin tratamiento.

3.5. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó un formulario de recolección de la información estructurado, con varias secciones en las cuales se expuso las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de púrpura de Henoch Schönlein en su historia clínica. **ANEXO 02** (10)

3.5.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información se obtuvo a través de la revisión de los expedientes en el área de estadística. Se solicitó a la dirección la autorización para la revisión de las historias clínicas de los archivos del hospital.

3.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se procedió a registrar los datos de cada uno de los parámetros evaluados, para ello se realizó la organización de los datos en un programa Excel.

Los resultados se presentaron en tablas estadísticas de entradas simples y dobles; el análisis se realizó utilizando la distribución de frecuencia relativa, absoluta y porcentual. **ANEXO 03**

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

No hubo relación directa con el paciente y el estudio y con fines investigativos se solicitó consentimiento para el estudio a subdirección docente del hospital, guardando la información tomada con sigilo y respetando las normas deontológicas internacionales.

IV. RESULTADOS

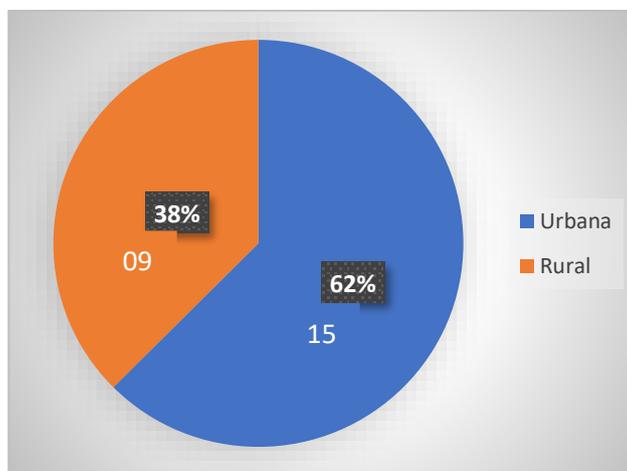
Se revisaron en total 29 historias clínicas, de las cuales 24 cumplieron con los criterios de inclusión, por lo que formaron parte en este estudio.

TABLA N° 02: Distribución por año.

AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2012	0	0%
2013	1	4,20%
2014	5	20,80%
2015	0	0%
2016	6	25%
2017	4	16,70%
2018	1	4,20%
2019	2	8,30%
2020	4	16,70%
2021	1	4,20%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) 2012 -2021

GRÁFICO N°01: Distribución según procedencia.



Fuente: Historias clínicas HRDC 2012 -2021

TABLA N° 03: Distribución de años con mayor frecuencia de la patología y la procedencia.

	URBANO	%	RURAL	%	TOTAL	%
2014	4	36,37%	1	9,09%	5	45,46%
2016	3	27,27%	3	27,27%	6	54,54%
TOTAL	7	63,64%	4	36,36%	11	100%

Fuente: Historias clínicas HRDC 2012 -2021

TABLA N° 04: Distribución según la edad.

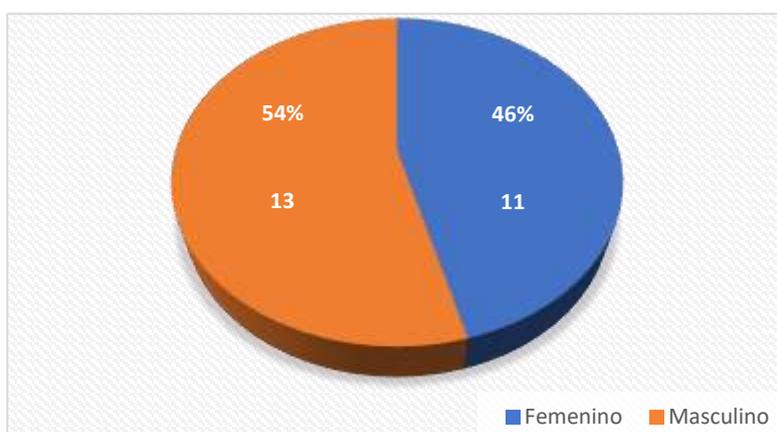
INTERVALO DE EDADES	Frecuencia	Porcentaje
0-5 años	10	41,7%
>5 a 10 años	9	37,5%
>10 a 15 años	5	20,8%
TOTAL	24	100%

Edad promedio \pm D. estándar.

6.46 \pm 3.81 años.

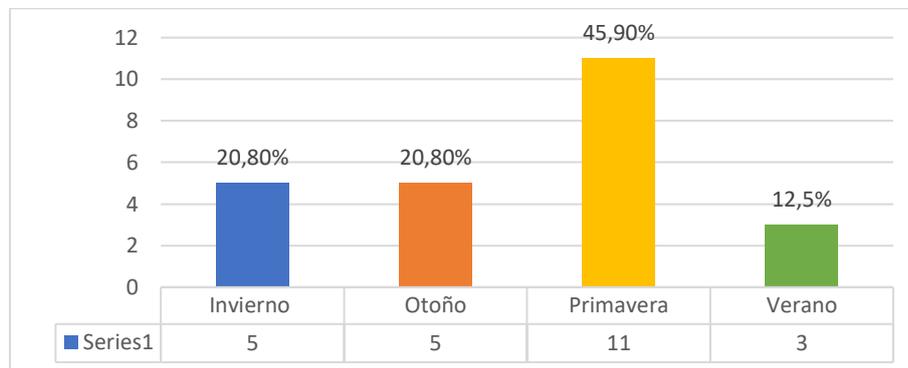
Fuente: Historias clínicas Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) 2012 -2021

GRÁFICO N°02: Distribución según sexo.



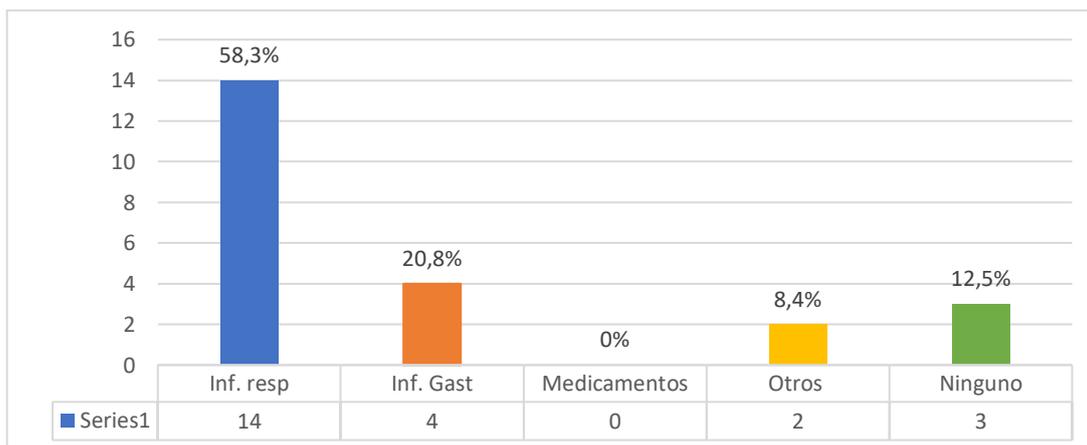
Fuente: Historias clínicas HRDC 2012 -2021

GRÁFICO N°03: Distribución según estación del año.



Fuente: Historias clínicas HRDC 2012 -2021

GRÁFICO N°04: según factor predisponente.



Fuente: Historias clínicas HRDC 2012 -2021

TABLA N° 05: Relación entre estación del año y antecedente de infección respiratoria.

ANTECEDENTE DE INFECCIÓN RESPIRATORIA

ESTACIÓN	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
PRIMAVERA	6	25%	5	20,9%	11	45,9%
VERANO	1	4,2%	2	8,3%	3	12,5%
OTOÑO	3	12,48%	2	8,3%	5	20,8%
INVIERNO	4	16,6%	1	4,2%	5	20,8%
TOTAL	14	58,3%	10	41,7%	24	100%

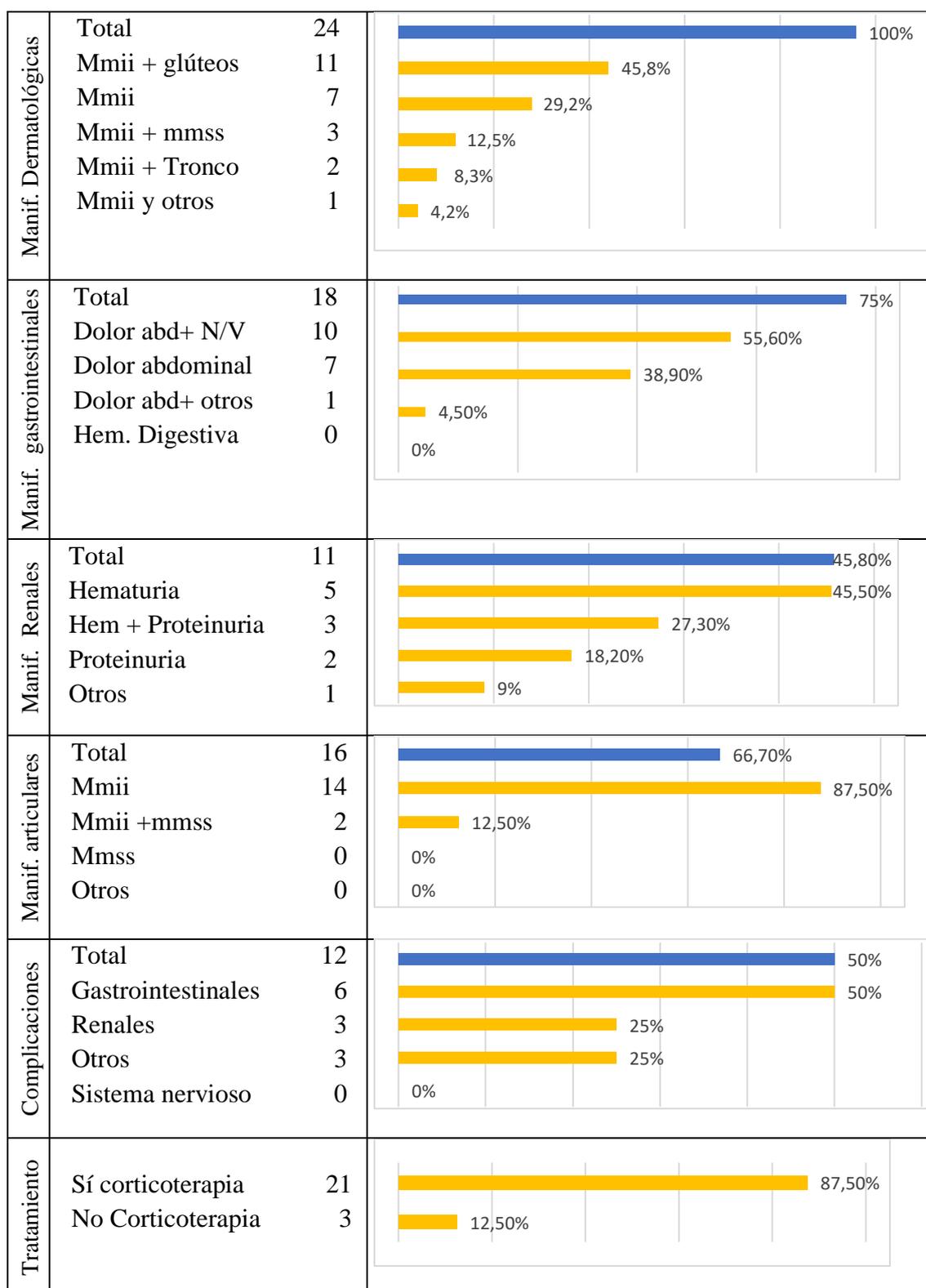
Chi²: 1,81 G. Libertad:3 p=0,61

Fuente: Historias clínicas HRDC 2012 -2021

Se evaluó también la estancia hospitalaria, donde en su mayoría, 20 pacientes (83. 3%) permanecieron hasta 5 días; 3 (12. 5%) permanecieron más de 5 días a 10 días; finalmente, se encontró que solo un paciente 4.2 % estuvo internado más de 10 días.

Continuando con el desarrollo del estudio, se hizo análisis de las características clínicas de PHS. **ANEXO N°04**

GRÁFICO N°05: Características clínicas de PHS.



Fuente: Historias clínicas HRDC 2012 -2021

V. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación se hizo con el fin de elucidar las características clínico-epidemiológicas, de pacientes con el diagnóstico de purpura de Henoch Schönlein atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC). La motivación fue la insuficiente información en el medio y la presencia considerable de la patología ya mencionada.

En el servicio de Pediatría del HRDC se encontró un total de 24 pacientes con edades entre 0 a 15 años, y diagnóstico de Púrpura de Henoch Schönlein, entre los años 2012 al 2021.

En los resultados se observó que la mayoría de los casos reportados fueron en el año 2016 seguido del 2014, 25% y 20,80% respectivamente; cubriendo casi el 50% de la población tomada. Respecto a la procedencia, se encuentra una ligera inclinación a la zona urbana con un 62%. Si se examina los años con mayor incidencia, 2014 y 2016, en busca de si se presenta con mayor incidencia en la zona urbana o rural, se obtiene que 63,64% fueron de zona urbana en esos dos años.

Siendo una enfermedad que puede presentarse en cualquier momento de la vida, con un predominio en la población pediátrica (1), por lo que se eligió evaluar pacientes comprendidos entre los 0 a 15 años, observándose que la mayoría de los casos, 41,7%, se presentaron en menores de 5 años; siendo la edad promedio los 6,46 años, con una desviación estándar de $\pm 3,81$. Lo que concuerda con los resultados obtenidos por Pérez et al. (9) donde encontró que la edad media de presentación fue de 5,3.

Al igual que los estudios de Rodríguez (2), se identificaron un predominio en el sexo masculino. En nuestro estudio se evidencia que, de los 24 pacientes, 13 fueron del sexo

masculino (54%) y 11 del sexo femenino (46%), siendo la razón de masculinos sobre femeninos de 1,18:1. (4)

En cuanto a la presencia de la vasculitis según las estaciones del año, se observó mayor número de casos en primavera (del 23 de Setiembre al 22 de diciembre), en un total de 11, que representa el 45,9%, seguido de invierno (del 23 de junio al 22 de setiembre) y otoño (del 23 de marzo al 22 de junio) con un 20,8% en c/u; finalmente, verano (del 23 de diciembre al 22 de marzo) con 3 casos que equivalen al 12,5%. Según los antecedentes bibliográficos se presenta en su mayoría en invierno seguido de otoño, lo que en nuestro estudio se observó en segundo lugar. (3)

Como ya se ha mencionado, hasta el momento la patogénesis exacta de la PHS aún es desconocida. Sin embargo, se ha percibido una mayor frecuencia en las infecciones del tracto respiratorio superior. (13) Siendo el estreptococo el agente causal más común, hay fármacos y AINEs como probables agentes precipitantes. (16) En nuestro estudio se evaluó los factores predisponentes de la patología en la población; sin embargo, 03 no habían presentado ningún signo o síntoma previo de alguna patología, o este no había sido registrado (12,5%); de los 21 restantes, la infección respiratoria fue la más prevalente con 14 (58,3%), seguida de las infecciones gástricas 5 (20,8%). No hubo pacientes por causas medicamentosas, pero sí por ingesta previa de alimento y por infección de otro tipo lo que se lo incluyó en otras causas, que fueron 2 (8,4%). No se encontró relación significativa entre las estaciones del año y el antecedente de infección respiratoria $p=0,61$ ($p>0,05$)

Se evaluó también la estancia hospitalaria, donde en su mayoría permanecieron hasta 5 días, con un 83,3%; y tan solo un 12,5% de 5 a 10 días; se encontró que solo un paciente

(4,2%) estuvo internado más de 10 días. Esto va de la mano con lo mencionado anteriormente, que más de un tercio de casos se resuelven en la primera semana, teniendo una estancia hospitalaria corta. (14)

En el estudio realizado, las manifestaciones dérmicas estuvieron presentes en el 100% de casos lo que equivale a los 24 pacientes, lo que concuerda con la literatura, la que refiere que la púrpura palpable es una característica distintiva. (15) Estas lesiones cutáneas frecuentemente son simétricas y suelen aparecer en zonas de declive, como son las extremidades inferiores; o en puntos donde hay más presión, como son las nalgas (15); y en la cara en pacientes que aún no caminan. (4); lo que corresponde a los datos obtenidos; pues en un 100% tuvieron afectación en miembros inferiores que se dividió en un 29,2 % que solo presentaron en miembros inferiores y 45,8% ascendieron a glúteos. El 25%, llegaron a ascender a tronco o miembros superiores y otras localizaciones como rostro. Lo que supera al 95% de compromiso cutáneo obtenido en el estudio de Rodríguez 2017 (2), y coincide con los estudios Dueñas (2018) (10) y Sáez 2019 (6) en Perú con un compromiso dermatológico de 100%.

Las manifestaciones gastrointestinales se presentan en un 75% lo equivalente a 18 casos del total, en donde el dolor abdominal es el síntoma que siempre se presentó, de forma aislada en un 38,9%, o asociado con náuseas y/o vómitos en 10 casos (55,6%) u otros síntomas como diarrea acuosa (5,5%) equivalente a un caso; según refieren las historias clínicas, en su mayoría, el dolor que se describe es de tipo cólico y de localización difusa. No se registraron hemorragias digestivas, ni otras complicaciones. Lo que se asemeja mucho a lo expuesto en la literatura nacional por Sáenz (6), quien mencionó que las manifestaciones gastrointestinales, representaron un 68%, de las cuales en su mayoría presentaron dolor abdominal, 60%.

Las manifestaciones renales según la literatura se observan en un 20 a 55% de los niños con PHS, siendo reportadas por Rodríguez (2) en un 23% y por Dueñas en Perú (10) en un 23,68%, cumpliéndose en ambos los rangos ya mencionados. En el presente estudio, se observó 11 casos lo que representa el 45,8% del total, que es mayor a la cantidad de los estudios mencionados, pero aún en el rango que menciona la literatura en general, siendo de estos la hematuria la más frecuente, con 5 casos, lo que representa a 45,5%; en cuanto a la proteinuria se halló 3 casos asociados a hematuria (27,3%) y 2 casos aislado (18,2%); un caso presentó edema hasta tobillos (9%).

En cuanto a las manifestaciones articulares como ya se mencionó va a presentarse generalmente en poliartralgias temporales no destructivas que involucran las rodillas y los tobillos en su mayoría; aunque también puede presentarse en las manos y los pies (15); en el estudio se obtuvo una frecuencia de presentación de 66,7% que correspondería a 16 casos del total, de los cuales el 87,5% que representan 14 casos, presentó en miembros inferiores (rodillas) y 2 casos asociado a dolor articular en miembros superiores (codos), 12,5%.

En cuanto a las complicaciones, estas se presentaron en la mitad de los pacientes, 12 casos de las cuales las gastrointestinales representaron 6 casos, que fueron esplenomegalia o hepatomegalia, o una combinación de ambas; entre las complicaciones renales, con 3 casos (25% de los pacientes con complicaciones), de estos es importante mencionar que hubo un paciente con síndrome nefrótico; así como signos ecográficos de proceso inflamatorio de parénquima renal en los demás pacientes. Hubo 3 casos de pacientes que presentaron otras complicaciones, representando el 25% de los cuales estas eran hematológicas como anemia o trastornos de la coagulación. De lo mencionado y comparándolo con la literatura estudiada podemos ver que efectivamente el síndrome nefrótico está descrito como

complicación probable, y las hemorragias que se mencionan podría deberse a los trastornos de coagulación que se notificaron en este estudio. (19)

En cuanto al tratamiento iniciaremos mencionando lo que se ha dicho muchas veces y es que en su mayoría estos pacientes se van a recuperar espontáneamente. Si es que se le va a dar una terapia esta será de apoyo, con hidratación, reposo; sin embargo, si hay presencia de dolor se va a incluir el uso de acetaminofén o AINEs(1). Algunos expertos sugieren que los glucocorticoides pueden aliviar muchas de las manifestaciones, pero estos deben ser indicados en síntomas severos, y esto se debe a que no hay muchos estudios como terapia y sus efectos adversos (1). En el HRDC el tratamiento con corticoides de vía oral se utilizó en un 87,5% de casos lo que representa a 21 pacientes. Los 3 casos (12,5%) que no tuvieron tratamiento con corticoterapia 2 fueron de zona rural y uno de zona urbana, los tres casos tuvieron una estancia hospitalaria hasta de 5 días.

VI. CONCLUSIONES

1. La edad de presentación con mayor frecuencia fue de $6,46 \pm 3,81$ años, con predominio del sexo masculino en razón de 1,18 a 1 con respecto al sexo femenino. En su mayoría los casos se dieron en primavera; sin embargo, también se presentó en otoño, invierno y verano siendo menor en este último. El principal antecedente desencadenante fue las infecciones del tracto respiratorio en un 58,3% seguido de infecciones gástricas con un 20,8%. No hubo relación significativa entre la estación del año y la infección respiratoria. Finalmente, en su mayoría, los pacientes tuvieron una estancia hasta 5 días, 83,3%.

2. Las manifestaciones más frecuentes fueron las dermatológicas, presentándose en el 100% de casos con predominio en miembros inferiores y glúteos, seguido de las manifestaciones gastrointestinales con un 75% que se relacionaba con dolor abdominal tipo cólico difuso; en tercer lugar, las manifestaciones articulares se mostraron en el 66,7% que afectan en su mayoría a rodillas. Las manifestaciones renales se observaron en un 45,8% siendo de estas lo más común la hematuria.
3. Las complicaciones se presentaron en un 50% de estos el más frecuentes fueron los gastrointestinales con un 50% representadas por hepato-esplenomegalia. Seguida de las complicaciones renales, 25%, donde se observó un síndrome nefrótico.
4. El 100% de los pacientes recibieron tratamiento de mantenimiento y el 87,5% de pacientes fueron tratados adicionalmente con corticoterapia, prednisona vía oral.

VII. RECOMENDACIONES

- Se sugiere una mejoría en cuanto a la documentación y registro de información en las historias clínicas, principalmente en la anamnesis, examen físico y seguimiento con el fin de que estas sean completas.
- Considerar a la PHS como un diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo o dolor articular, en pacientes pediátricos.
- Se sugiere educar a los familiares en cuanto a las complicaciones que se pueden presentar y la importancia del seguimiento a los pacientes.
- Instruir al personal de salud para un manejo adecuado de corticoides, solo utilizándolos según gravedad de los pacientes.

- Se propone hacer un protocolo de exámenes auxiliares en pacientes con diagnóstico de PHS, teniendo en cuenta las complicaciones que pueden presentarse, el mismo que puede repetirse en sus controles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dedeoglu , Kim. Vasculitis por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein): Manejo - UpToDate. [Online]; 2019. Acceso 12 de abril de 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/iga-vasculitis-henoch-schonlein-purpura-management?topicRef=6406&source=see_link.
2. Rodríguez Montiel. Características clínicas y epidemiológicas de púrpura de Schönlein Henoch en el Hospital Manuel de Jesús Rivera “La Mascota” en el periodo comprendido de enero del 2012 a diciembre del 2016. Tesis de especialidad. Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Medicina Interna y Reumatología Pediátrica.2017. p.61.
3. Chanco-Ramírez , Ballona Chambergo RA, Ramos , Anco-Gallegos. Características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de los pacientes hospitalizados con púrpura de Schoenlein-Henoch, en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima,Perú 2007-2014. Dermatología Perú. 2016; 26(1): p. 7.
4. Dedeoglu , Kim S. IgA vasculitis (Henoch-Schönlein purpura): Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate. [Online]; 2019. Acceso 11 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/iga-vasculitis-henoch-schonlein-purpura-clinical-manifestations-and-diagnosis#H3>.
5. Campos. PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH. Asociación Española de Pediatría. 2014; 131(40): p. 19.

6. Miralles A, García M, Morales , Gómez M, Tormo , Orta N, et al. Púrpura de Henoch Schönlein en niños: casuística del Hospital de Gandia, Valencia. España. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2017; 80(2): p. 27.
7. Ruiz Plusas GF. Comparación clínica de la Púrpura de la púrpura de Henoch Shonlein y púrpura trombocitopénica autoinmune en pacientes pediátricos hospitalizados de 2 a 10 años, Hospital Francisco Icaza Bustamante, Guayaquil, 2017. Tesis. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Escuela de medicina. 2018. p.85.
8. Pérez López , Mosquera Ponguta , Malagón Gutiérrez. Prevalencia del compromiso renal durante el primer año de seguimiento en pacientes con púrpura de Henoch Schönlein en una institución pediátrica de Bogotá, Colombia. Revista Colombiana de Reumatología. 2017; 24(2): p. 19.
9. Dueñas Mendoza, S. Características Clínico Epidemiológicas Seguimiento y Tratamiento de la Purpura de Henoch Schonlein en Población Pediátrica Atendida en el Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2010-2017. Tesis pregrado. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María., 2018. p.91.
10. Sáenz Huerta ASU. Características clínicas, epidemiológicas y de manejo en pacientes con diagnóstico de Púrpura de Schoelein -Henoch en el servicio de Pediatría del Hospital General de Huacho. Años 2014 – 2018. Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano. Huacho, Perú: UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN, 2019. p.59.
11. Cantillo Turbay JdJ, Iglesias Gamarra A. Historia de la púrpura de Henoch-Schönlein. Acta Médica Colombiana. 2007; 32(2): p. 31.

12. Ramírez-Terán A, Vega-Memije M, Toussaint-Cair S. Púrpura de Henoch-Schönlein. Caso Clínico. Medicina Interna Mexico. 2017; 33(2): p. 11.
13. Fels SPAYE. Enfermedades reumáticas de la infancia. Vasculitis. En Kliegman R, Stanton B, JWSG, Schor NF. Nelson. Tratado de pediatría, 20.^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2017. p. 1269 - 1272.
14. Gómez , Pérez , Pellegrini , Isern E, Quintana , Artacho , et al. Púrpura de Schönlein-Henoch en pediatría: Diez años de experiencia en un consultorio de moderado riesgo en un hospital general. Arch Argentina Pediatría. 2020; 118(1): p. 24.
15. Hetland E, Susrud , Lindahl H, Bygum. Púrpura de Henoch-Schönlein: una revisión de la literatura. Acta Dermato-Venereologica. 2017; 97(10): p. 17.
16. Cota Barreras A. Púrpura de Henoch-Schönlein en el Instituto Nacional de Pediatría, experiencia de 20 años. [Online]; 2011. Acceso 15 de Noviembre de 2020. Disponible en: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/423>.
17. Blanco , Rodríguez-Valverde , Mata-Arnaiz , Martínez-Taboada VM. Síndrome de Schönlein-Henoch. Revista Española de Reumatología. 2000; 27(2): p. 13.
18. Merchán Pérez E, Longo A, Sáenz Cantela AM. Púrpura de Henoch – Schönlein: estudio retrospectivo de la consulta de Dermatología Pediátrica del Hospital Universitario de Caracas. Dermatología Venezuela. 2019; 57(1): p. 23.
19. Trnka. Henoch–Schönlein purpura in children. Journal of paediatrics and child health. The Author. Journal of Paediatrics and Child Health. 2013; 49(12): p. 26.

20. Domínguez Granda. MANUAL DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. Tercera ed. Chimbote, Perú: Imprenta Editora Gráfica Real S. A. C.; 2015. p. 120.

ANEXO N° 01

Criterios diagnósticos de la púrpura de Henoch Schönlein según EULAR/PRES

CRITERIO	DEFINICIÓN
CRITERIO OBLIGATORIO:	Púrpura (frecuentemente palpable) o petequias, predominante en extremidades inferiores y no debida a trombocitopenia.
PÚRPURA	En caso de púrpura con distribución atípica se requiere la demostración de depósito de IgA en una biopsia
Al menos uno de los siguientes criterios	
1. Dolor Abdominal	Dolor abdominal cólico difuso de inicio agudo reportado por anamnesis y exploración física. Puede acompañarse de invaginación y/o sangrado gastrointestinal
2. Histopatología	Típicamente vasculitis leucocitoclástica con depósito predominante de IgA o glomerulonefritis proliferativa con depósito de IgA
3. Artritis o artralgias	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
4. Afectación renal	Proteinuria $>0,3$ g/24 horas o cociente albúmina/creatinina en orina >30 mmol/mg en muestra de orina matutina Hematuria o cilindros de hematíes: >5 hematíes/campo de gran aumento o cilindros de glóbulos rojos en el sedimento o $\geq 2+$ en la tira reactiva

Campos. PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH. Asociación Española de Pediatría.

2014; 131(40).

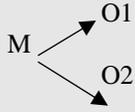
ANEXO N° 02

Ficha de recolección de datos (10)

N° ____ HCL: _____ INICIALES: _____

I) CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:	
EDAD	0-5años () >5-10() >10-15 ()
GÉNERO	Masculino () Femenino ()
PROCEDENCIA	Urbana () Rural ()
ESTACIÓN DEL AÑO	Invierno () Otoño () primavera () verano ()
FACTOR PREDISPONENTE	Infección respiratoria previa () : Infección gástrica previa Uso de medicamentos (): Otros:
ESTANCIA HOSPITALARIA	0-5 días () >5-10 días () > 10 días ()
II) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:	
MANIFESTACIONES DERMATOLOGÍA	() Miembro superior () Miembro inferior () Glúteos () Tronco () Otros
MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES	() Dolor abdominal () Náuseas/vómitos () Hemorragia digestiva () Otros
MANIFESTACIONES RENAL	() Hematuria () Proteinuria () Otros
MANIFESTACIONES ARTICULARES	() Miembros inferiores () Miembros superiores () Otros
COMPLICACIONES	() Renales () Gastrointestinales () Sistema nervioso () Otros
TRATAMIENTO RECIBIDO	() Sí recibió corticoterapia () No recibió corticoterapia

ANEXO N° 03 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con de púrpura de Henoch Schönlein del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2012 - 2021?	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con púrpura de Henoch Schönlein del servicio de pediatría.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar las características Clínicas. - Reconocer las características epidemiológicas. - Determinar las complicaciones más - Reconocer si llevaron un tratamiento con corticoides. 	<p>Variables independientes</p> <p>Variable independiente 1: Características clínicas.</p> <p>Variable independiente 2: Características epidemiológicas .</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>Manifestaciones dermatológicas. Manifestaciones gastrointestinales. Manifestaciones renales. Manifestaciones articulares. Complicaciones Tratamiento recibido</p> <p>Edad Género Procedencia Estación del año Factor predisponente Estancia hospitalaria</p>	<p>La información se recogerá en una hoja de recolección de datos, estos serán procesados en Microsoft Excel. Se utilizará estadística de tipo descriptiva generando sus frecuencias y porcentajes correspondientes.</p>	<p>Es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.</p> <p>M </p> <p>M: Muestra: pacientes con PHS.</p> <p>O1: Observación de características. clínicas de pacientes con PHS.</p> <p>O2: Observación de características epidemiológicas de pacientes con PHS.</p>	<p>Población: Conformada por el total de pacientes menores a 15 años en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca, enero de 2012 a diciembre de 2021 que tenga diagnóstico de PHS.</p> <p>Muestra: Población muestral.</p>

ANEXO N° 04

Características clínicas de Púrpura de Henoch Schönlein

CARACTERÍSTICAS	N°	%
Manif. Dermatológicas	24	100%
Mmii + Glúteos.	11	45,8
Mmii	7	29,2
Mmii + mmss	3	12,5
Mmii + tronco	2	8,3
Mmii + otros	1	4,2
Manif. Gastrointestinales	18	75%
Dolor abdominal + Nauseas / vómitos	10	55,6%
Dolor abdominal	7	38,9%
Dolor abdominal + otros	1	5,5%
Hemorragia digestiva	0	0%
Manif. Renales	11	45,8%
Hematuria	5	45,5%
Hematuria + Proteinuria	3	27,3%
Proteinuria	2	18,2%
Otros	1	9%
Manif. Articulares	16	66,7%
Mmii	14	87,5%
Mmii + mmss	2	12,5%
Mmss	0	0%
Otros	0	0%
Complicaciones	12	50%
Gastrointestinales	6	50%
Renales	3	25%
Otros	3	25%
Sistema Nervioso	0	0%
Tratamiento		
Sí corticoterapia	21	87,5%
No Corticoterapia	3	12,5

Fuente: Historias clínicas HRDC 2012 -2021