

# 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

Features epidemiological, clinical and laboratory of the hospitalized patients with Henoch-Schonlein purpura, at Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Peru 2007-2014

Gladys Chanco-Ramírez,<sup>1</sup> Rosalía A. Ballona Chambergo,<sup>2</sup> Willy Ramos,<sup>3</sup> Katherine Anco-Gallegos<sup>4</sup>

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de los pacientes hospitalizados con púrpura de Schoenlein-Henoch (PSH) en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), durante 2007-2014. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de PSH, con edad menor o igual a 15 años, de cualquier sexo. Se revisó las historias clínicas obteniéndose datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio que incluyeron edad, sexo, antecedentes, tipo y localización de las lesiones, signos y síntomas, estudios de laboratorio y tratamiento recibido. **RESULTS.** La edad promedio fue de  $5,7 \pm 2,8$  años; 54,8% correspondió al sexo masculino y 45,2% al femenino. Del total de casos, el 56,2% tuvo como desencadenante a una infección siendo las respiratorias altas las más frecuentes (47,9%). Todos los casos presentaron pápulas purpúricas y el 27,4% equimosis; las lesiones se localizaron principalmente en piernas (98,6%), muslos (89,0%) y pies (49,3%). Otros signos y síntomas fueron dolor abdominal (60,3%), artralgias (56,2%) y edema (54,8%); el 4,1% presentaron síndrome nefrótico. Las alteraciones de laboratorio más frecuentes fueron elevación de la proteína C reactiva (56,2%), leucocitosis (54,8%), trombocitosis (32,9%), ASO elevada (26,2%) y hematuria (19,2%). El 65,8% requirió tratamiento con corticosteroides y el 68,5% recibió antihistamínicos, el 100% evolucionó favorablemente. **CONCLUSIÓN:** Las características clínicas y de laboratorio de los pacientes con PSH del INSN concuerdan con otras series internacionales. La mitad de los casos tuvo como desencadenante una infección siendo las principales las respiratorias altas.

**PALABRAS CLAVE:** Púrpura de Schoenlein-Henoch, hospitalizados, pediatría.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine, epidemiological, clinical and laboratory characteristics of in patients with Henoch-Schönlein purpura (HSP) at the Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), during 2007-2014. **MATERIAL AND METHODS:** Cross-sectional study. Included patients with diagnosis of HSP, with age less than or equal to 15 years, of either sex. Clinical records were revised and obtained epidemiologic, clinical, and laboratory data and included age, sex, background, type and location of lesions, signs and symptoms, laboratory and received treatment studies. **RESULTS:** The mean

age was  $5,7 \pm 2,8$  years; 54.8% corresponded to the male and 45.2% to the feminine; 56.2% of the cases had as a trigger to an infection respiratory discharges being the most frequent (47.9%); 100.00% presented papules purpuric and 27.4% ecchymosis; the lesions were located mainly on legs (98.6%), thighs (89.0%) and feet (49.3%). Other signs and symptoms were abdominal pain (60.3%), arthralgia (56.2%) and edema (54.8%); 4.1% presented nephrotic syndrome. The most common laboratory alterations were elevation of C-reactive protein (56.2%), leukocytosis (54.8%), thrombocytosis (32.9%), elevated ASO (26.2%) and hematuria (19.2%). 65.8% required treatment with corticosteroids and 68.5% received antihistamines, 100% had favorable evolution. **CONCLUSION:** The characteristics of clinical and laboratory of the patients with HSP of the INSN are consistent with other international series. Half of the cases had an infection being the main respiratory discharges as a trigger.

**KEY WORDS:** Henoch-Schönlein purpura, hospitalized, Pediatrics.

1. Médico residente, Servicio de Dermatología, Hospital Militar Central. Lima, Perú.
2. Médico asistente, Servicio de Dermatología, Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú.
3. Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
4. Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

## INTRODUCCIÓN

Las vasculitis son un grupo de enfermedades heterogéneas caracterizadas por inflamación de los vasos sanguíneos. Su incidencia es baja en la infancia a excepción de la púrpura de Schoenlein-Henoch (PSH).<sup>1</sup> La incidencia en Perú de la PSH, varía de 3,5 a 18 casos por 100,000 niños.<sup>2</sup>

La PSH es la vasculitis sistémica, de vasos pequeños más frecuente en los niños, principalmente del grupo de edad entre cuatro y siete años.<sup>3</sup> La etiología es desconocida aunque se ha asociado a infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A, *Mycoplasma pneumoniae*, *Toxocara canis*, *Yersinia sp.*, *Legionella sp.*, *Helicobacter pylori*, *Campylobacter jejuni*, *Bartonella henselae*, virus varicela-zóster, virus de la rubéola, VHB, VHA, EBV, HSV, CMV, VIH, HPV, parvovirus B19, entre otros.<sup>4</sup> Se sabe que la inmunoglobulina A (IgA) juega un papel fundamental en la fisiopatología de la enfermedad; existe elevación en la concentración sérica de IgA en 50% a 70% de los pacientes con PSH, principalmente en el inicio de la enfermedad y a expensas de la subclase IgA1.<sup>5,6</sup> También se ha asociado a hipersensibilidad a alimentos y ciertos medicamentos como ampicilina, penicilina, eritromicina, quininas y clorpromazina.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son púrpura palpable, artritis, dolor abdominal, sangrado intestinal y nefritis, aunque cualquier órgano puede verse afectado. Son consecuencia de una vasculitis leucocitoclástica de pequeños vasos debida al depósito de IgA en la pared de los vasos y del mesangio renal.<sup>1,3,4</sup> Las manifestaciones renales aparecen en las primeras cuatro semanas del inicio de las manifestaciones sistémicas presentándose en 10% a 30% de los casos siendo la glomerulonefritis la más frecuente; también puede observarse con menos frecuencia hematuria microscópica, síndrome nefrótico, proteinuria leve y nefritis aguda con hipertensión.<sup>8</sup> En general, su curso es autolimitado y el pronóstico es bueno aunque el grado de afectación renal condicionará su pronóstico a largo plazo ya que entre 1% y 2% desarrollan enfermedad renal persistente representando de 2% a 15% de niños que ingresan a un programa de diálisis.<sup>1,8,9,10</sup> La morbimortalidad de la enfermedad está determinada a corto plazo por la afectación gastrointestinal (hemorragia digestiva, invaginación).<sup>11,12</sup>

La clasificación de Euler/Printo/Pres 2010 para el diagnóstico de PSH incluye la púrpura palpable no trombocitopénica, como criterio mandatorio; junto con al menos uno de los siguientes hallazgos: Dolor abdominal difuso, vasculitis leucocitoclástica típica con depósitos predominantes de IgA en la biopsia de piel o glomerulonefritis proliferativa

con depósitos predominantes de IgA; artritis aguda o artralgiás, compromiso renal evidenciado por proteinuria y/o hematuria.<sup>13-15</sup> Esta última clasificación proporciona una sensibilidad y especificidad de 100% y 87%, respectivamente.<sup>13</sup>

Los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) de 1990; incluyen cuatro criterios: púrpura palpable no trombocitopénica, edad  $\leq 20$  años de inicio de la enfermedad, dolor abdominal agudo, y granulocitos en las paredes de las pequeñas arteriolas y vénulas en la biopsia.

Diagnosticando PSH, si al menos dos de estos criterios están presentes. La presencia de cualquiera de dos o más criterios tienen una sensibilidad del 87,1% y especificidad del 87,7%.<sup>15</sup>

En el diagnóstico diferencial de PSH, se debe considerar a la púrpura trombocitopénica idiopática, enfermedad de Kawasaki, granulomatosis de Wegener y poliarteritis nudosa, y enfermedades reumáticas como lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis juvenil, síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, trastorno mixto del tejido conectivo y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Debe incluirse también a las vasculitis asociadas con síndrome de Behçet, fiebre mediterránea familiar, síndrome de Cogan y vasculitis urticarial hipocomplementémica. Otros diagnósticos diferenciales poco frecuentes son la vasculitis purpúrica urticariana, vasculitis por hipersensibilidad, glomerulonefritis aguda postestreptocócica, leucemia, sepsis y coagulación intravascular diseminada.<sup>15-17</sup>

El tratamiento incluye medidas de soporte y la remoción de cualquier factor asociado. El uso de glucocorticoides es controversial y hay grupos que lo recomiendan y otros que no lo utilizan, la actual falta de consenso deriva del escaso número de ensayos clínicos aleatorizados y multicéntricos realizados en niños con PSH, así como de estudios que evidencian que su uso podría asociarse a recaídas.<sup>18</sup> Un parámetro para utilizarlos es la afectación renal y el compromiso gastrointestinal donde algunos autores lo recomiendan especialmente en la nefrosis progresiva, otros agentes usados en casos severos incluye dapsona, azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina y plasmaféresis.<sup>9,19,20</sup>

La presente investigación tuvo como objetivo determinar las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de los pacientes hospitalizados con PSH, en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), durante 2007-2014; debido a que se dispone de muy pocos trabajos realizados en el país sobre esta enfermedad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de tipo serie de casos realizado en el INSN. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de PSH según la Clasificación de Euler/Printo/Pres y/o ACR, diagnosticados en el período 2007-2014 con edad menor o igual a 15 años, de cualquier sexo. Se excluyó a aquellos que no contaban con historia clínica completa o en quienes no se encontró su historia clínica. No se realizó muestreo, se incluyó a la totalidad de pacientes por ser este un número pequeño y accesible.

Se revisó las historias clínicas de los pacientes obteniéndose datos epidemiológicos, antecedentes, datos clínicos y de laboratorio que incluyeron edad, sexo, posibles desencadenantes, tipo y localización de las lesiones, síntomas y signos extracutáneos, presencia de compromiso renal, resultados de estudios de laboratorio y tratamiento recibido. Los datos fueron registrados en un instrumento de recolección de datos diseñado para el presente estudio y validado mediante una prueba piloto, luego pasaron a formar parte de una base de datos informática.

Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS versión 22.0 para Windows. Se realizó estadística univariada basada en la obtención de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar).

Con relación a los aspectos éticos, el estudio estuvo basado en la revisión de historias clínicas por lo que no requirió la aprobación de un comité de ética. Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida la cual fue usada solo para el propósito del estudio.

## RESULTADOS

Participaron del estudio un total de 73 pacientes. Existió una tendencia ascendente del número de casos de PSH atendidos durante el período de estudio pasando de 3 casos el año 2007 a 15 casos el año 2014. La mayor frecuencia se presentó durante los meses de invierno (35,6%) y primavera (30,1%); sin embargo, no se observó estacionalidad en la presentación de los casos (Figura 1).

La edad promedio fue de  $5,7 \pm 2,8$  años (mediana 5,0 años), la cual varió entre 1 y 13 años; 54,8% correspondieron

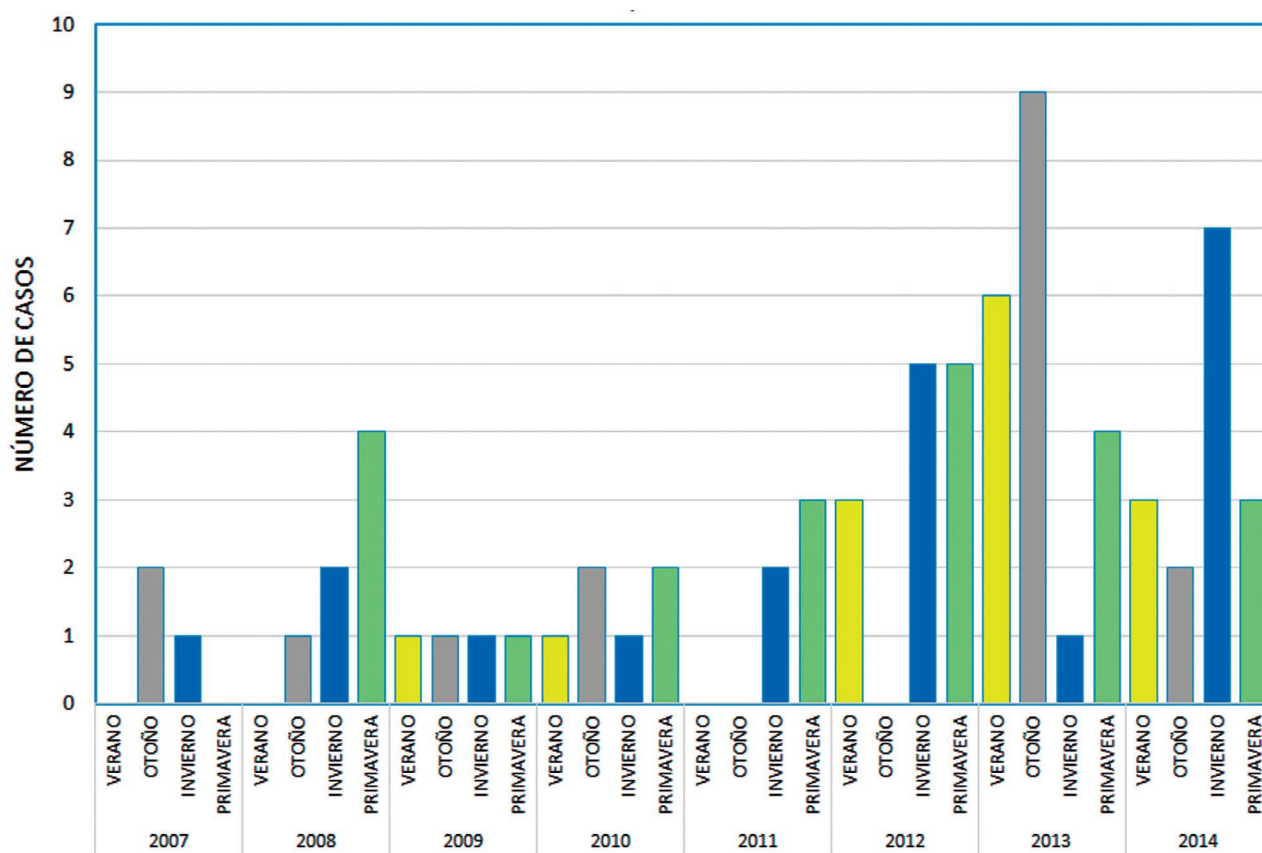
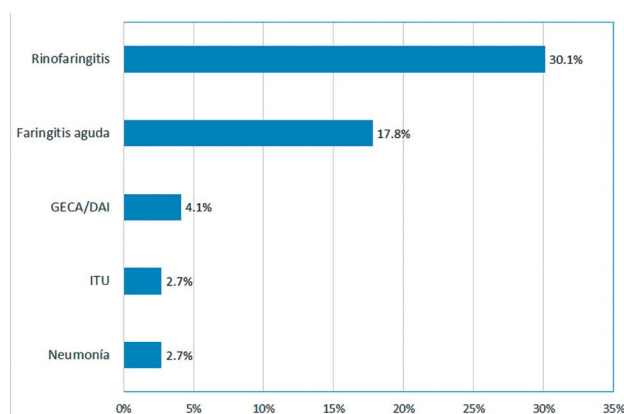


Figura 1. Distribución de casos de púrpura Henoch-Schonlein, según estación climática y año. INSN 2007-2014.



**Figura 2.** Principales desencadenantes infecciosos de púrpura Henoch-Schonlein en el INSN, período 2007-2014.

al sexo masculino y 45,2%, al femenino. El antecedente personal más frecuente fue el asma bronquial el cual se presentó en 9,6%; asimismo, 4,1% tenían diagnóstico previo de PSH.

De los 73 pacientes, 56,2% presentaron como desencadenante una infección siendo las más frecuentes la rinofaringitis y la faringitis aguda las cuales se presentaron en 30,1% y 17,8% de los casos, respectivamente (Figura 2); ninguno de los casos presentó antecedente de vacunación previa a la aparición de la PSH. Las características epidemiológicas de los pacientes con PSH se muestran en la Tabla 1.

El tiempo de enfermedad promedio fue de 10,2 días (Mediana 7 días). El 54,8% requirió hospitalización con una estancia promedio de 6,8 días que varió entre 3 y 16 días. Los síntomas más frecuentes fueron el dolor abdominal (60,3%), las artralgias/artritis (56,2%) y edemas (54,8%). Todos los pacientes presentaron pápulas purpúricas, presentándose también equimosis (27,4%), placas purpúricas (6,8%) y ampollas (5,5%). Las lesiones se presentaron con mayor frecuencia en las piernas (98,6%), muslos (89,0%), pies (49,6%) y brazos (37,0%). Se presentaron manifestaciones renales en el 23,3% de pacientes siendo la hematuria la más frecuente. Las características clínicas de los pacientes se muestran en la Tabla 2.

Las alteraciones de laboratorio más frecuentes fueron la elevación de la proteína C reactiva (56,2%), leucocitosis (54,8%) y trombocitosis (32,9%). Solo el 4,1% de casos contaba con biopsia de piel (Tabla 3).

Los pacientes recibieron tratamiento con antihistamínicos (68,5%), corticoides (65,8%), antibióticos (41,1%), dapsona (1,4%) y otros tratamientos (31,5%).

**Tabla 1.** Características epidemiológicas de los pacientes con púrpura de Schoenlein-Henoch en el Instituto Nacional de Salud del Niño, período 2007-2014.

Característica	Frecuencia	%
▲ Sexo		
– Masculino	40	54,8
– Femenino	33	45,2
▲ Antecedente personal		
– Asma bronquial	7	9,6
– Anemia	3	4,1
– Varicela	3	4,1
– Contacto de tuberculosis	2	2,6
– Desnutrición crónica	2	2,6
– RAM (penicilina, ibuprofeno)	2	2,6
– Infección del tracto urinario	2	2,6
▲ Desencadenante		
– Infección	41	56,2
– Vacunación	0	0,0

**Tabla 2.** Características clínicas de los pacientes con púrpura de Schoenlein-Henoch en el Instituto Nacional de Salud del Niño, período 2007-2014

Característica	Frecuencia	%
▲ Síntomas y signos extracutáneos		
– Dolor abdominal	44	60,3
– Artralgias/artritis	41	56,2
– Edemas	40	54,8
– Vómitos	27	37,0
– Sangrado intestinal	16	21,9
– Hipertensión arterial	4	5,5
▲ Lesiones cutáneas		
– Pápulas purpúricas	73	100,0
– Equimosis	20	27,4
– Placas purpúricas	5	6,8
– Ampollas	4	5,5
▲ Localización de las lesiones		
– Piernas	72	98,6
– Muslos	65	89,0
– Pies	36	49,6
– Brazos	27	37,0
– Antebrazos	25	34,2
– Glúteos	25	34,2
– Manos	14	19,2
– Abdomen	10	13,7
– Tórax	8	11,0
– Cara	2	2,7
– Orejas	2	2,7
▲ Compromiso renal		
– Hematuria	14	19,2
– Proteinuria	4	5,5
– Síndrome nefrótico	3	4,2
– Síndrome nefrítico	1	1,4

Tabla 3. Alteraciones de laboratorio de los casos de púrpura de Schoenlein-Henoch en el Instituto Nacional de Salud del niño, período 2007-2014.

Característica	Frecuencia	%
▲ Proteína C reactiva elevada	41	56,2
▲ Leucocitosis	40	54,8
▲ Trombocitosis	24	32,9
▲ Antiestreptolisina O elevada	19	26,0
▲ Velocidad de sedimentación globular elevada	14	19,2
▲ Hematuria en examen de orina	14	19,2
▲ Sangre en heces (Thevenon)	11	15,1
▲ Proteinuria (24 h) elevada	7	9,6
▲ Biopsia de piel confirmatoria	3	4,1
▲ C3 elevado	3	4,1
▲ Depósito de IgA	2	2,7
▲ Urea sérica elevada	2	2,7
▲ Creatinina sérica elevada	2	2,7
▲ C4 elevado	2	2,7

## DISCUSIÓN

La presente investigación muestra que la PSH en el INSN se presenta con mayor frecuencia en niños de cinco años de edad, sin predisposición por sexo y con antecedente de infección respiratoria superior como desencadenante. Desde el punto de vista epidemiológico y clínico, las características de los pacientes son similares a las reportadas en estudios previos nacionales e internacionales.

Con respecto a las características clínicas, se reporta como manifestaciones más frecuentes al dolor abdominal y a las artralgias/artritis. El presente estudio encuentra que el síntoma más frecuente fue el dolor abdominal el cual se presentó en 60,3% de los casos lo cual es similar a lo reportado por Anil<sup>18</sup> (Turquía; 2009), Cáceres-Mosquera<sup>6</sup> (México; 2006) y Bagga<sup>23</sup> (India; 1991) con porcentajes de 87,8%, 49,5% y 64,0%, respectivamente. Por otro lado, difiere de lo reportado por la mayoría de estudios como los de Chen<sup>22</sup> (China; 2013), Fretzayas<sup>24</sup> (Grecia; 2009), Stringa<sup>3</sup> (Argentina; 2009), Trapani<sup>5</sup> (Italia; 2005) y Kiss<sup>1</sup> (Brasil; 1994), quienes encontraron como manifestación más frecuente la presencia de artralgias/artritis. El hecho de que los pacientes de Perú, México e India (donde existe una gran inequidad social) presenten un patrón distinto evidenciaría que la presentación clínica de la PSH podría variar en función a las condiciones socioeconómicas de los países.

Con relación a los desencadenantes, en el presente estudio se encontró que los desencadenantes infecciosos constituyeron 56,2%, lo cual se encuentra dentro del rango

reportado por otras investigaciones el cual varía entre 36,8% y 60,8% (Chen,<sup>22</sup> Anil,<sup>18</sup> Stringa<sup>3</sup>). Nuestro estudio no encontró ningún caso de PSH que haya tenido como desencadenante la vacunación a diferencia de autores como Stringa,<sup>3</sup> Chen<sup>22</sup> y Anil,<sup>18</sup> quienes encontraron dicho antecedente entre el 0,2% y 9% de los casos. Esto podría evidenciar un posible subregistro de este antecedente en la presente serie de casos.

Con relación a la frecuencia de compromiso renal en PSH, diversas series internacionales (Murat Anil,<sup>1</sup> Kiss,<sup>18</sup>Stringa,<sup>3</sup> Cáceres Mosquera,<sup>6</sup> Trapani<sup>5</sup>) encuentran que varía entre 24% y 54% a diferencia del presente estudio que encuentra una frecuencia levemente inferior (23,3%). Todas las series coinciden en encontrar como manifestaciones más frecuentes a la hematuria seguida de la proteinuria.

Ángeles y Ballona,<sup>21</sup> realizaron un estudio clínico epidemiológico de PSH en el Instituto Nacional de Salud del Niño durante el período 1995-1999 encontrando que el síntoma más frecuente fue el compromiso articular (63%); afectación más frecuente del sexo femenino (71%), infecciones respiratorias superiores como desencadenante en 29,0% y compromiso renal en 20,0% de casos. El presente estudio realizado también en el Instituto Nacional de Salud del Niño con pacientes diagnosticados en el período 2007-2014 encuentra diferencias con el estudio previo observándose que las artralgias/artritis fueron la segunda manifestación más frecuente (56,2%) después del dolor abdominal, el sexo femenino fue afectado con menor frecuencia (45,2%), el antecedente de infección respiratoria superior fue más alto (47,9%) y la frecuencia de compromiso renal fue levemente mayor (23,3%).

El presente estudio a diferencia de lo reportado por Trapani<sup>5</sup> no encuentra estacionalidad para la PSH; por otro lado, existió una tendencia ascendente en la presentación de casos de PSH. Una posible explicación es la reducción en la última década de la población en situación de pobreza en nuestro país y el incremento de la cobertura de la población vulnerable por parte del Ministerio de Salud, a través del Seguro Integral de Salud, lo que podría haber determinado un incremento del acceso de la población a la atención hospitalaria.

Una limitación del estudio fue su carácter retrospectivo lo que implica que no siempre se consiguen todos los datos en las historias clínicas; sin embargo, debido a que el número de historias incompletas excluidas del estudio no superó el 10% consideramos que no tuvo influencia en los resultados del estudio. Otra limitación fue que la mayor frecuencia de casos no contaba con estudio histopatológico, el cual, es considerado un criterio diagnóstico en la clasificación

Eular/Printo/Press, por lo que el diagnóstico de PSH fue establecido con mayor frecuencia en base a criterios clínicos y de laboratorio.

En conclusión, las características clínicas y de laboratorio de los pacientes con PSH del INSN concuerdan con otras series internacionales observándose que se presenta con mayor frecuencia en niños de cinco años de edad, sin predisposición por sexo y con antecedente de infección respiratoria superior como desencadenante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kiss MH, Gomes de Sá E, Lotufo S, Sogabe T, Moretto P. Aspectos clínicos, laboratoriais e terapêuticos de 46 crianças com púrpura de Henoch-Schönlein. *Jornal de Pediatria (Rio)*. 1994;70(4):234-9.
- Estupiñán M, Luna C, Vera S. Púrpura de Schoenlein-Henoch. A propósito de un caso complicado con invaginación intestinal, HNERM, EsSalud. *Rev. Facultad de Med Hum URP* 2012;1:55-9.
- Stringa MF, Castro C, A. D. Olivera, P. Bonavia, O. J. Stringa, R. Valdez. Primary vasculitis in children: A clinical-epidemiology study. *Dermatol Argen*. 2009; 15(6):411-9.
- Bravo J, Loza R, Ferrufino J. IgA Nephropathy: A case report. *Rev Med Hered*. 2005;16:223-7.
- Trapani S, et al. Henoch Shonlein purpura in childhood: epidemiological and clinical analysis of 150 casos. Over a 5 year period and review of literature. *Sem Arthritis Rheum*. 2005; 35:143-153.
- Cáceres MJ, Fuentes VY, Romero NB, Valverde RS, García RP, Gomezchico VR, Ramón GG, Carreño MR, Maldonado R, Velásquez JL, Medeiros DM. Púrpura de Henoch-Schönlein. Reporte de 105 pacientes pediátricos. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2006;63:314-321.
- Leyva-Sartori M, Delgado-González V. Use of direct immunofluorescence on connective tissue diseases. *Dermatol Peru*. 2006;16(2):148-50.
- Camacho Lovillo, M.J. Lirola Cruz. Púrpura de Schönlein-Henoch, enfermedad de Kawasaki y otras vasculitis. *Pediatr Integral* 2013;17(1):34-46.
- Rodríguez-Quiroz F, Cerrato N. Henoch-Schonlein Purpura. Case report and review of literature. *Honduras Pediátrica* 2001;22(1):12-4.
- Fernández Rodríguez L, Amann Prada R, García de Vinues S. Afección renal en las enfermedades cutáneas. *Jano*. 2004;66(1.508):20-6.
- Álvarez-Madrid C, De Inocencio J. Ensayos clínicos y práctica clínica. Utilidad de los corticoides en el tratamiento de la púrpura de Schönlein-Henoch. *An Pediatr Contin*. 2009;7(1):36-8.
- Chacaltana A. Compromiso duodenal en púrpura de Henoch-Schönlein. *Rev. Gastroenterol. Perú*; 2010;30-3:220-223
- Morel Z. Classification of systemic vasculitis in Pediatrics. *Pediatr (Asunción)* .2012;39(2):121-130.
- Ozen S, et al. Eular/Printo/Pres criteria for Henoch-Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: Final classification criteria. *Ann Rheum Dis* 2010;69:798-806.
- Yao-Hsu Yang, Hsin-Hui Yu, Bor-Luen Chiang. The diagnosis and classification of Henoch-Schönlein purpura: An updated review. *Autoimm Rev*. 2014;13:355-8.
- Ronkainen J, Koskimies O, Ala-Houhala M, Antikainen M, Merenmies J, Rajantie J, Örmälä T, Turtinen J, Nuutinen M. Early prednisone therapy in Henoch-Schönlein purpura: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Pediatr*. 2006;149:241-7.
- Sinclair P. Púrpura de Schoenlein-Henoch. A review. *Curr Allerg Clin Immunol*. 2010;23(3):116-120.
- Anil M, et al. Henoch-Schönlein purpura in children from western Turkey: a retrospective analysis of 430 cases. *Turkish J Pediatr*. 2009;51:429-436.
- Tarvin SE, Ballinger S. Henoch-Schönlein purpura. *Curr Paediatrics*. 2006; 16:259-263.
- Rabelo Júnior CN, Moreira Faço M, Lotito AP, Silva AA. Palpable purpura as the initial clinical manifestation of juvenile systemic lupus erythematosus similar to Henoch-Schönlein purpura. *Rev Paul Pediatría* 2005;23(4):208-13.
- Ángeles L, Ballona R. Púrpura de Henoch-Schönlein: epidemiología, clínica y seguimiento por cinco años en pacientes hospitalizados en el Instituto Especializado de Salud del Niño, 1995-199. *Folia dermatol. Peru* 2007;18(3): 111-7.
- Chen O, et al. Henoch-Schönlein purpura in children: clinical analysis of 120 cases. *African Health Sciences* 2013;13(1):94-99.
- Bagga A. Henoch-Schonlein syndrome in northern Indian children. *Indian Pediatr*. 1991;28(10):1153-7.
- Fretzayas A. Clinical impact of altered immunoglobulin levels in Henoch-Schönlein purpura. *Pediatr Int*. 2009;51(3):381-4.

Correspondencia: Dra. Gady Chanco Ramírez  
gkari\_18@hotmail.com

Recibido: 10-08-2015  
Aceptado: 24-11-2015

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.