

Cirugía y Cirujanos

Volumen 73
Volume

Número 5
Number

Septiembre-Octubre 2005
September-October

Artículo:

Púrpura de Henoch-Schönlein y perforación intestinal

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Púrpura de Henoch-Schönlein y perforación intestinal

Dr. Carlos Baeza-Herrera,* Dr. José Luis Atzin-Fuentes,** Dr. Alberto León-Cruz,** Dr. Ulises Darío Medellín-Sierra,** Dr. Moisés Alfredo Escobar-Izquierdo**

Resumen

La púrpura de Henoch-Schönlein es una de las formas más comunes de vasculitis en la infancia y la invaginación intestinal con necrosis y perforación son las complicaciones quirúrgicas más importantes. Presentamos un caso de perforación del intestino delgado que no iba seguida de invaginación. Se efectuó resección intestinal e ileostomía. Por lo general, la perforación que acompaña a la púrpura es ileal y se asocia a invaginación. Creemos que la perforación es secundaria a isquemia intestinal severa.

Palabras clave: Púrpura de Henoch-Schönlein, perforación intestinal, peritonitis, niños.

Summary

Schönlein-Henoch purpura is one of the most common forms of vasculitis in childhood, and intestinal perforation, necrosis and intussusception constitute the major surgical conditions. We present one recent case of spontaneous small bowel perforation without intussusception. An intestinal resection and ileostomy were performed. Perforation, usually ileal, frequently is accompanied by intussusception. We believe that the perforation is secondary to deep ischemic phenomenon of the bowel.

Key words: Henoch-Schönlein purpura, intestinal perforation, peritonitis, children.

Introducción

La púrpura de Henoch-Schönlein o anafilactoide es una vasculitis probablemente de origen alérgico que se asocia a inmunizaciones, picadura de insectos, medicamentos, infecciones y a ingestión de ciertos alimentos. El curso clínico se destaca por altibajos en la evolución, independientemente de la severidad.¹

Se acepta que el síndrome abdominal agudo secundario a una enfermedad alérgica es poco frecuente y por lo general aparece simultáneamente o tiempo después de emplear esquemas de administración de antineoplásicos.² Otras asociaciones sintomáticas que en ocasiones requieren intervención quirúrgica y relacionadas con la púrpura de Henoch-Schönlein son dolor abdominal,³ hemorragia gástrica,⁴ formación de fistulas enteroentéricas⁵ e invaginación intestinal.⁶ Sin em-

bargo, la perforación del íleon terminal no es una consecuencia quirúrgica frecuente.

El objetivo aquí es informar acerca de una niña que al sufrir su primera crisis de púrpura anafilactoide tuvo como complicación perforación del íleon que requirió intervención quirúrgica, así como comunicar el primer caso que se reporta en México.

Caso clínico

Niña de ocho años de edad, procedente del estado de México y de un medio socioeconómico pobre, que fue traída por vez primera a sala de urgencias con el antecedente de que cinco días antes de ser internada en el Hospital Pediátrico Legaria inició su problema con la aparición de petequias en las extremidades inferiores (figura 1), que después se generalizaron, y fiebre, por lo que se consultó con el servicio de hematología, donde se integró el diagnóstico de púrpura de Henoch-Schönlein. Se inició tratamiento con metilprednisolona. La fina comenzó con dolor abdominal de moderada intensidad y evacuaciones hemáticas catalogadas en “jalea de grosella”. Pocas horas después se le revisó el abdomen y se encontraron datos sugerentes de peritonitis. Había petequias y equimosis generalizadas. Con ese motivo se le practicó estudio radiológico simple de abdomen que reveló aire libre subdiafragmático (figura 2). Se le encontró tranquila y ligeramente deshidratada. La frecuencia cardiaca era de 86 por minuto, frecuencia respiratoria

* Academia Mexicana de Cirugía. Profesor titular del curso de Cirugía, UNAM. Jefe del Departamento de Cirugía General, Hospital Pediátrico Moctezuma.

** Residente de Cirugía, Hospital Pediátrico Moctezuma.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Carlos Baeza-Herrera,
Oriente 158-189, Col. Moctezuma, Segunda Sección,
Deleg. Venustiano Carranza, 15500 México, D. F.,
Tels.: 5571 4057 y 5571 1737.

Recibido para publicación: 21-09-2004

Aceptado para publicación: 05-01-2005



Figura 1. Imagen típica de las petequias que usualmente aparecen en las piernas y pies.

de 28 y temperatura de 37 °C. La citología hemática reportó hemoglobina de 11.5 g/dl, leucocitos de 8,000 y plaquetas de 587,000. Las pruebas de tendencia hemorragípara estaban en límites normales.

Por lo anotado anteriormente, debió ser llevada a sala de operaciones en donde se le efectuó incisión media supra e infraumbilical; se halló líquido purulento cuantificado en aproximadamente 1,000 ml y perforación ileal a 20 cm de la válvula ileocecal (figura 3). Distal a la perforación se encontró zona de isquemia con áreas oscuras en inminencia de ruptura, segmento que fue extirpado (figura 4). Por las condiciones del intestino fue menester efectuar ileostomía, reconstruida cuatro meses después sin ninguna complicación. Las condiciones de egreso de la menor fueron satisfactorias y su manejo continúa por la consulta externa.



Figura 2. Estudio radiológico simple de pie en posición lateral que revela aire libre subdiafragmático debido a la perforación intestinal.

Discusión

Las complicaciones abdominales en los niños portadores de alguna enfermedad como ésta conforman una variedad limitada de condiciones. Sin duda alguna, la enterocolitis neutropénica⁷ es la más común en la práctica clínica cotidiana de hospitales donde se concentran niños que sufren algún tipo de neoplasia y que están siendo sometidos a quimioterapia.



Figura 3. Instantánea transoperatoria que permite constatar la peritonitis existente, así como el orificio en el íleon terminal de la niña.



Figura 4. Un fragmento de íleon terminal que posee áreas extensas de isquemia que no iban a recuperarse.

En relación con las complicaciones abdominales que aparecen como consecuencia de la púrpura de Henoch-Schönlein, todas se deben a vasculitis y a la aparición de hemorragias en el peritoneo visceral y parietal que culminan con áreas de isquemia de diversa magnitud.⁸ Si la isquemia de la región es extensa, severa e intervienen factores tales como ingesta copiosa de alimentos, disminución de la peristalsis u obstrucción funcional o mecánica distal a la isquemia, entonces la posibilidad de que haya perforación del intestino permanece latente.

Se acepta que los niños con púrpura de Henoch-Shönlein padecen dolor abdominal en 42 a 58 % de los casos y que la incidencia de una lesión de resolución quirúrgica es de 2 a 6 %, de manera que alrededor de un caso por cada diez que la padecen requiere laparotomía exploradora.⁶ De acuerdo con Martínez-Frontanilla,⁶ hasta 1984 existían 57 casos de púrpura anafilactoide que requirieron laparotomía exploradora, entre los cuales hubo seis perforaciones intestinales, dos infartos y 46 invaginaciones. Respecto a la perforación del íleon, ésta probablemente se debe a que es una región no siempre irrigada por los mismos vasos sanguíneos y, cuando existe, es una red muy tenue, dada por la circulación parietal y por la arteria ileocólica.⁸

Los casos de perforación intestinal referidos en la literatura son en total siete, cuatro de los cuales tienen más de 30 años de edad y el resto menos de 14. De este último total, la perforación estuvo localizada en el íleon en seis y se acompañó de invaginación en cinco.^{4,5,9}

En relación con la perforación del intestino que acompaña a una púrpura de Henoch-Schönlein, probablemente se debe

a la isquemia que se genera después de la ruptura de un número indeterminado de arterias del mesenterio y pared del íleon. Creemos que ante un niño que sufre púrpura anafilactoide y simultáneamente presenta dolor abdominal, debe considerarse la posibilidad de perforación intestinal, más aún si se palpa masa intraabdominal.⁹

Referencias

1. Cappell SM, Gupta MA. Colonic lesions associated with Henoch-Schönlein purpura. *Am J Gastroenterol* 1990;85:1186-1188.
2. Sauter ER, Vauthhey JN, Bolton JS, et al. Selective management of patients with neutropenic enterocolitis using peritoneal lavage. *J Surg Oncol* 1990;45:63-67.
3. Godkin A, Thompson M, Summerfield J. Abdominal pain melaena: an unusual cause. *Lancet* 2000;356:362.
4. Weber RT, Grosfeld LJ, Bergstein J, et al. Massive gastric hemorrhage: an unusual complication of Henoch-Schönlein purpura. *J Pediatr Surg* 1983;18:576-578.
5. van den Broek RWFR, van Rossum MAJ, van Duinen CM. A new surgical complication related to corticosteroids in a patient with Henoch-Schönlein purpura. *J Pediatr Surg* 1995;30:1341-1343.
6. Martínez-Frontanilla LA, Hasse MG, Ernster AJ, et al. Surgical complications in Henoch-Schönlein purpura. *J Pediatr Surg* 1984;19:434-436.
7. Cull LD, Rosario V, Lally PK, et al. Surgical complications of Henoch-Schönlein purpura. *J Pediatr Surg* 1990;25:741-743.
8. Quiroz FG. Anatomía Humana. Volumen III. Mexico, D.F.: Editorial Porrúa;1974. pp. 156-157.
9. Smith JH, Krupski CW. Spontaneous intestinal perforation in Schönlein-Henoch purpura. *South Med J* 1980;73:603-606.

