Documento descargado de http://www.elsevier.es el 18/06/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Púrpura de Schönlein-Henoch como primera manifestación de enfermedad tuberculosa

Henoch-Schöenlein purpura: first manifestation of tuberculosis disease

Sr. Editor:

En la actualidad, la enfermedad tuberculosa supone un importante problema socio-sanitario en todo el mundo. Su incidencia en España se ha incrementado desde el año 2004 por múltiples factores[1,2]. Esta patología presenta una gran variabilidad clínica en sus formas de presentación[2]. Aunque la localización pulmonar es la más frecuente, cualquier órgano o sistema puede verse afectado. El eritema nodoso es la manifestación cutánea de mayor prevalencia en la edad pediátrica[3], aunque otras presentaciones a este nivel son posibles. Describimos el caso de una paciente con enfermedad tuberculosa y púrpura cutánea concomitante.

Niña de 6 años que presenta dolor articular en muñecas y tobillos de 4 días de evolución. Refiere contacto estrecho y continuado en ambiente escolar con adulto diagnosticado de tuberculosis pulmonar y laríngea. Dentro del estudio de contactos y dos días después del inicio de las artralgias se realiza mantoux. A las 48 horas presenta exantema cutáneo purpúrico en extremidades inferiores y edema en tercio distal. Por este motivo, acude al Servicio de Urgencias de Pediatría donde se objetiva una induración de 20 mm en mantoux. Se decide ingreso para estudio.

Se extrae analítica sanguínea donde destaca una velocidad de sedimentación globular de 40 mm/h. La tensión arterial se encuentra dentro de límites normales y el sedimento de orina no presenta alteraciones. Se realiza radiografía de tórax informada como normal. Se completa el estudio de imagen con ecografía mediastínica donde se detectan adenopatías hiliares de 1 cm de diámetro. Se recogen aspirados gástricos 3 días consecutivos para tinción de auramina, reacción en cadena de polimerasa (PCR) y cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*. Se realizan serologías respiratorias y frotis faríngeo para descartar otras posibilidades etiológicas. Se establece diagnóstico diferencial con otras manifestaciones cutáneas de tuberculosis como la tubercúlide nódulo necrótica. Esta variante cutánea aparece como una erupción con nódulos eritemato violáceos que evolucionan a necrosis. Se realiza interconsulta a Servicio de Dermatología que desestima realización de biopsia cutánea puesto que las lesiones eran compatibles con púrpura de Schönlein-Henoch.

A las 24 horas del ingreso, existe una mejoría del exantema purpúrico. Posteriormente presenta dolor abdominal tipo cólico de intensidad moderada que precisa analgesia pautada. Se realiza ecografía abdominal informada como presencia de hematoma intramural en íleon distal. Los riñones no presentan alteraciones.

Tras recogida de cultivos se inicia tratamiento tuberculostático con 4 fármacos presentando progresivamente desaparición del edema de extremidades inferiores y del dolor abdominal.

Tras constatar la correcta tolerancia del tratamiento, es dada de alta con seguimiento en consultas de infectología pediátrica. El resultado del cultivo de secrecciones del caso índice es positivo a *M. tuberculosis* sensible a todos los tuberculostáticos; por lo que se decide continuar tratamiento con tres fármacos y retirada de etambutol. En controles posteriores permanece asintomática. En el cultivo de los aspirados gástricos de la paciente se aisla *M. tuberculosis* también sensible. La baciloscopia y la PCR fueron negativas. Recibe tratamiento durante 6 meses, con controles clínicos, analíticos y radiológicos normales al final del tratamiento. No presenta nuevos episodios de exantema purpúrico.

Tabla 1 Agentes etiológicos asociados a la púrpura de Schönlein-henoch

Infecciones	**Virales**: infecciones virales de tracto respiratorio superior, varicela, rubeola, virus de hepatitis A, B y C, *Virus de Epstein barr*, parvovirus, adenovirus. **Bacterianas**: *Streptococcus pyogenes*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Helicobacter pylori*, *Yersinia enterocolítica*, *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae*. **Parásitos**
Ingesta de fármacos	Antibióticos (beta-lactámicos, macrólidos), antiinflamatorios no esteroideos, tiazidas
Enfermedades autoinmunes	Lupus eritematoso sistémico, Síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, crioglobulinemia, enfermedad inflamatoria intestinal
Otros	Picaduras de insectos, alergia alimentaria, vacunaciones, antígenos tumorales (linfoma, leucemia)

La púrpura de Schönlein-Henoch es una manifestación inicial rara de enfermedad tuberculosa[4]. Se define como una vasculitis de pequeños vasos cuya etiología es desconocida, aunque puede aparecer por una respuesta inmunológica anómala desencadenada por un agente infeccioso o farmacológico[5]. Tras el diagnóstico de una púrpura de Schönlein-Henoch se inicia habitualmente un estudio etiológico aunque en pocas ocasiones se realiza el despistaje de infección por *M. tuberculosis*. Es recomendable descartar una enfermedad tuberculosa en las púrpuras de larga evolución, recidivantes o cuando la historia clínica sugiera esta posibilidad.

Esta paciente con enfermedad tuberculosa confirmada debutó exclusivamente con exantema purpúrico, artralgias y dolor abdominal. Este caso se considera relevante por la elevada prevalencia de ambas patologías en pediatría, la rareza de su asociación[6] y la gran trascendencia clínica del diagnóstico etiológico en esta paciente. La mayoría de los casos publicados son descritos en adultos[7], y algunos esporádicos en niños[8]. El 65% de los pacientes con púrpura de Schönlein-Henoch presentan manifestaciones gastrointestinales. El duodeno es la zona más frecuentemente afectada[9] y existen pocos casos descritos con afectación a nivel ileal.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 18/06/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

La púrpura de Schönlein-Henoch puede aparecer como consecuencia de una infección tuberculosa, por una reacción exagerada a las tuberculoproteínas del mantoux o tras el inicio del tratamiento tuberculostático[8]. De hecho, los 2 desencadenantes más frecuentes de esta vasculitis son agentes infecciosos o farmacológicos[10] (tabla 1). En esta paciente, la enfermedad tuberculosa se consideró la etiología más probable de la púrpura ya que la afectación articular fue previa a la realización de la prueba de la tuberculina.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència dïInformació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Cataluña; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/26.
2. Moreno-Pérez D, Andrés Martín A, Altet Gómez N, Baquero-Artigao F, Escribano Montaner A, Gómez-Pastrana Durán D, et al. Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). An Pediatr (Barc). 2011;73:143.e1–14.
3. Sota Busselo I, Oñate Vergara E, Pérez-Yarza EG, López Palma F, Ruiz Benito A, Albisu Andrade Y. Eritema nodoso: modificación etiológica en las dos últimas décadas. An Pediatr (Barc). 2004;61:403–7.
4. Chemli J, Abrouq S, Harbi A. Henoch-Schonlein purpura and renal tuberculosis. Presse Med. 2004;33:456–7.
5. Martínez López MM, Rodríguez Arranz C, Peña Carrión A, Merino Muñoz R, García-Consuegra Molina J. Púrpura de Schönlein-Henoch. Estudio de factores asociados con el desarrollo y evolución de la enfermedad. An Pediatr (Barc). 2007;66: 453–8.
6. Martínez V, Zeller V, Caumes E, KatlamaC. Bricaire F. Cutaneous vasculitis disclosing pulmonary tuberculosis. Ann Med Interne (Paris). 2000;151:664–6.
7. Kitamura H, Shimizu K, Takeda H, Tai H, Ito Y, Fukunaga M. A case of Henoch-Schönlein purpura nephritis in pulmonary tuberculosis. Am J Med Sci. 2007;333:117–21.
8. Islek I, Muslu A, Totan M, Gok F, Sanic A. Henoch–Schönlein purpura and pulmonary tuberculosis. Pediatr Int. 2002;44: 545–6.
9. Blanco R, Rodríguez-Valverde V, Mata-Arnaiz C, Martínez-Taboada VM. Síndrome de Schönlein-Henoch. Rev Esp Reumatol. 2000;27:54–65.
10. Rostoker G. Schönlein-Henoch Purpura in Children and Adults: Diagnosis, Pathophysiology and Management. BioDrugs. 2001;15:99–138.

C. Álvarez Álvarez[a,*], M.J. Cabero Pérez[b] y L. Guerra Díez[a]

[a] *Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España*
[b] *Servicio de Neumología Infantil, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: crisalvarezbis@yahoo.es
(C. Álvarez Álvarez).

doi:10.1016/j.anpedi.2012.01.018

Quiste óseo aneurismático mandibular

Mandibular aneurysmal bone cyst

Sr. Editor:

El quiste óseo aneurismático (QOA) es una lesión ósea benigna rara por su baja frecuencia y su origen desconocido. Aunque no es una neoplasia, representa una de las lesiones óseas con mayor agresividad local. El QOA representa el 1-2% de los tumores óseos primarios y cursa con una amplia e inespecífica variedad de características clínicas, histológicas y radiológicas[1,2]. En torno al 50% asienta en la metáfisis de huesos largos, como el fémur o la tibia, y el 12-30% en la columna vertebral[3,4]. Su presencia en el esqueleto cráneo-facial es poco frecuente (2-12%)[5], siendo el cuerpo mandibular el área de mayor riesgo (40%)[6].

La edad media al comienzo es de 13 años y el 80% de los casos descritos son menores de 20 años[3]. Existe un ligero predominio en el sexo femenino (62%)[3,7].

Los signos y síntomas al debut son inespecíficos, lo que puede conllevar un retraso diagnóstico. El curso clínico es muy variable y puede oscilar desde una lesión asintomática a una masa de crecimiento rápidamente expansivo y destructivo que puede ser confundida con una neoplasia maligna[3].

Presentamos el caso de una niña de 10 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, remitida a consulta de Cirugía Maxilofacial por una masa indolora en región anterior de suelo de boca, de meses de evolución.

A la exploración se objetiva una tumoración a nivel de sínfisis mandibular, con abombamiento de la cortical vestibular y mucosa íntegra a ese nivel sin alteraciones neurológicas asociadas.

La ortopantomografía revela una imagen radiolúcida de márgenes mal definidos de la pieza 83 a la 76 (fig. 1). Se solicita una TC, que confirma la presencia de una tumoración osteolítica, insuflante y multilocular, con corticales expandidas y adelgazadas, pero sin afectación de partes blandas, que ocupa la sínfisis y el hemicuerpo mandibular izquierdo.

Figura 1 Ortopantografía inicial que muestra una imagen radiolúcida de márgenes mal definidos de la pieza 83 a la 76, con basilar desestructurada a ese nivel.