Revista Ecuatoriana de Pediatría
Editorial: Sociedad Ecuatoriana de Pediatría (Núcleo de Quito, Ecuador)
Tipo de estudio: Reporte de Caso
Área de estudio: Pediatría
Páginas: 47-51
Codígo DOI: https://doi.org/10.52011/RevSepEc/e347
URL: https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/347

Reporte de Caso

Yeyunitis ulcerativa, un síntoma poco habitual de la Vasculitis por IgA, en un paciente pediátrico

Ulcerative jejunitis, an unusual symptom of IgA vasculitis, in a pediatric patient

José Andrés Tutillo León[1]

RESUMEN

La vasculitis por inmunoglobulina A (VIgA) es la más frecuente de las vasculitis, en la edad pediátrica alcanzando su punto máximo de 4 a 6 años. El diagnóstico está dado por las manifestaciones clínicas en un 95%, apoyándose en los criterios de EULAR/PRINTO/PRES como erupciones dérmicas junto a otras alteraciones gastrointestinales, musculo esqueléticas y renales. En ocasiones, puede existir una presentación atípica siendo necesario el diagnóstico por biopsia del órgano afectado señalando el depósito de IgA. El tratamiento es conservador ya que en la mayoría de los casos es autolimitada y resuelve en semanas, su mortalidad está relacionada con la afectación renal a largo plazo.

Palabras clave: vasculitis; pediátrica; afectación renal.

ABSTRACT

Immunoglobulin A vasculitis (IgA vasculitis) is the most common vasculitis, occurring in children and peaking between 4 and 6 years of age. Diagnosis is based on clinical manifestations in 95% of cases, based on the EULAR/PRINTO/PRES criteria, such as skin rashes along with other gastrointestinal, musculoskeletal, and renal disorders. Occasionally, an atypical presentation may occur, necessitating diagnosis by biopsy of the affected organ indicating IgA deposition. Treatment is conservative, as it is self-limiting in most cases and resolves within weeks. Mortality is related to long-term renal impairment.

Keywords: vasculitis; pediatric; renal involvement.

1. Hospital Vozandes, Quito, Ecuador.

José Andrés Tutillo León https://orcid.org/0000-0001-8906-6425

Correspondencia: José Andrés Tutillo León; Hospital Vozandes, Quito, Ecuador; 170521; joseandres_tuti@hotmail.com

Recibido: 10/ene/2025 - Aceptado: 12/feb/2025 - Publicado: 29/agos/2025

Introducción

Las vasculitis por IgA, anteriormente denominada púrpura de Schönlein-Henoch es una vasculitis de pequeños vasos, principalmente capilares, venas y arteriolas, caracterizada por leucocitoclasia y acumulación de inmunocomplejos IgA en la pared del vaso, el 90% se presenta en edad pediátrica, con mayor incidencia en preescolares y escolares (Leung, 2020). Clásicamente se presenta con un cuadro de púrpura palpable, artralgia, dolor abdominal y lesión renal aguda, aunque los cuatro no siempre están presentes (Song, 2021). El diagnóstico se realiza de acuerdo a los criterios de EULAR/PRINTO/PRES que fueron validados en el 2008 por la Asociación Europea de Reumatismo y la Sociedad Europea de Reumatología Pediátrica, están basados en la presencia de púrpura palpable acompañado de las siguientes características clínicas: dolor abdominal difuso, biopsia de piel con depósitos de IgA, artritis o dolor articular y/o afectación renal (hematuria y/o proteinuria) (Ozen, 2019). Las manifestaciones más frecuentes son las cutáneas que aparecen en un 80-100% de los casos, es un exantema palpable, eritematoso violáceo urticarial simétrico; articulares en un 40-75% (artritis y/o artralgia) no migratorias que puede preceder al rash, (Cannon, 2021) gastrointestinales donde el dolor abdominal es el síntoma más frecuente en un 40-85%, pudiendo llegar a ser muy intenso simulando un abdomen agudo inflamatorio. El dolor abdominal se debe a la extravasación de sangre y líquidos dentro de la pared intestinal que puede ulcerarse, perforarse o invaginarse (Urushikubo, 2021). Dentro de las menos frecuentes son las renales, neurológicas, hematológicas (Nicoara, 2019). Su curso es limitado y su tratamiento es conservador en la mayoría de situaciones.

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 14 años, con antecedente aparente de vasculitis por IgA, a los 6 años de edad, posteriormente presentó su primer episodio de dolor abdominal, en endoscopía digestiva alta (EDA) reportó pangastropatía y duodenitis eritematosa; a los 10 años de edad presentó un segundo episodio de dolor abdominal en EDA reportó pangastropatía crónica levemente activa, positiva para H. Pylori por lo que recibió tripleterapia por 10 días.

En esta ocasión presentó dolor abdominal difuso de moderada intensidad tipo cólico que se intensificó junto a un vómito sin otra sintomatología. Al examen físico: abdomen: doloroso a la palpación en marco colónico y fosas ilíacas, RHA aumentados, Blumberg dudoso. En paraclínicos: leucocitosis, neutrofilia, PCR elevada, radiografía de abdomen en marco colónico: importante materia fecal, ecografía abdominal en fosa ilíaca derecha adenitis mesentérica, se hospitalizó, pero dolor abdominal EVA 10/10, se modificó localización del dolor, en tomografía computarizada (TC) simple y contrastada reportó rotación parcial de la zona proximal del yeyuno, sin embargo, en tránsito intestinal se descartó mal rotación o proceso obstructivo. Gastroenterología identificó pangastropatía y yeyunitis, positivo para H. Pylori. (figura 1.)

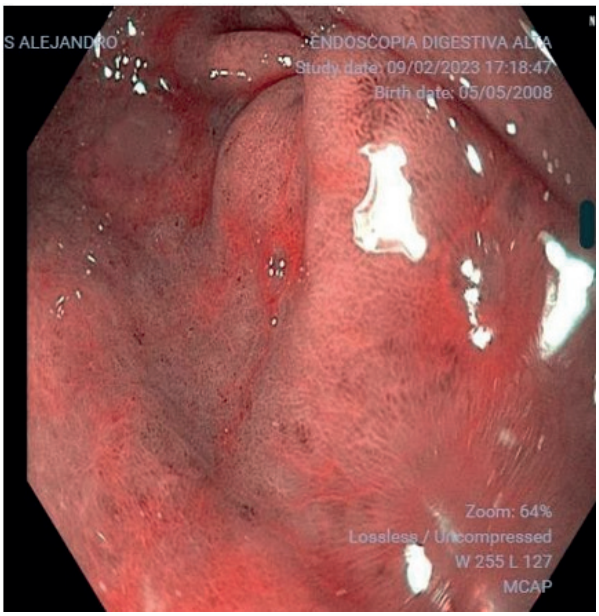


Figura 1. En EDA se observa una gastropatía corpo roantral eritematosa yeyunitis con ulcera superficial con base de fibrina.

Se trató con inhibidor de protones, antiespasmódicos y al cuarto día se externó. Al octavo día posterior al alta presentó nuevo episodio de dolor abdominal, además de lesiones eritematosas en miembros inferiores, náuseas, vómitos, al examen físico presentó lesiones petequiales y purpúricas palpables, simétricas localizadas en miembros inferiores que ascendieron hasta rodillas (figura 2.)



Figura 2. Se observan lesiones cutáneas petequiales, no pruriginosas localizadas en el tercio inferior de piernas y dorso de pies.

Se reingresó para complementar estudios. Reumatología basándose en los criterios EULAR/PRINTO/PRES: además por edad de presentación atípica y por segundo evento descartó procesos autoinmunes asociados mediante estudios de Angiotomografía de tórax y abdomen, valores de IgA normales. Con los hallazgos clínicos, de laboratorio y en base a los criterios EULAR/PRINTO/PRES se diagnosticó una yeyunitis como manifestación de vasculitis por IgA, se administró ciclo corto de 7 días con prednisona oral 2 mg/kg/día. Se externó al cuarto día por evolución clínica adecuada cediendo dolor abdominal y resto de sintomatología. Al control en consulta externa a los 15 días paciente asintomático, no lesiones purpúricas en piel ni dolor abdominal.

Objetivos

- Dar a conocer la presencia de yeyunitis como manifestación de vasculitis por Ig A, en pacientes pediátricos.
- Informar la importancia de un abordaje multidisciplinar en el diagnóstico y manejo de la vasculitis por Ig A, en su presentación atípica.

Métodos

- Estudio observacional, descriptivo, tipo reporte de caso, con enfoque retrospectivo de los eventos clínicos y terapéuticos.
- Revisión narrativa de la literatura sobre la presentación de yeyunitis como manifestación poco habitual de la vasculitis por Ig A, en pacientes pediátricos.

Discusión

La vasculitis por IgA es la forma más común de vasculitis entre edades de 3 y 15 años y representa aproximadamente el 90% de los casos. Hay una ligera preponderancia masculina de 1,8:1 sobre las mujeres. En lo referente a la fisiopatología, el hallazgo característico es la vasculitis leucocitoclástica con complejos inmunes IgA en los vasos de los órganos afectados (principalmente en las vénulas poscapilares). Con respecto a la patogénesis, pueden existir una serie de desencadenantes infecciosos y químicos asociados con una posible elevación de los complejos inmunes IgA séricos.

El diagnóstico de vasculitis por IgA está dado por sus manifestaciones clínicas: púrpura palpable como signos característico acompañado de artritis/artralgia, dolor abdominal y enfermedad renal. Sin alteración en los valores de plaquetas.

El síntoma inicial de nuestra paciente a su ingreso fue dolor abdominal intenso simulando un abdomen agudo por lo que se procedió con exámenes para su diagnóstico, pero fue la aparición de purpura palpable al 8to día de evolución de sus síntomas que facilito el diagnóstico. La purpura palpable y artralgias suelen ser los síntomas iniciales, sin embargo, otras formas de presentación -como el presente caso-

podrían retrasar el diagnóstico, debiendo descartarse primero procesos infecciosos o quirúrgicos.

Los síntomas gastrointestinales preceden a las manifestaciones cutáneas en un 15-35% de los casos y se han reportado casos donde hay síntomas gastrointestinales sin afectación cutánea. En ciertos casos al tener sospecha clínica el diagnóstico podría ser realizado mediante una biopsia que revele depósitos de IgA en la piel y estructuras mensangiales del riñón. Dado esto, es importante tener en cuenta a este grupo minoritario pero importante de pacientes con una presentación inicial atípica para poder realizar un diagnóstico temprano y evitar las posibles complicaciones si su maneo se hace de forma tardío.

Entorno a los estudios anatomopatológicos, en los pacientes pediátricos, la biopsia está reservada para pacientes con una presentación inusual de vasculitis por IgA, es decir, sin erupción o una erupción atípica, o aquellos con enfermedad renal significativa.

Sobre el tratamiento, en su mayoría la enfermedad se autolimita. No obstante, el eje del tratamiento es la hidratación adecuada, descanso y sintomáticos. En caso de dolor abdominal o articular severo se sugiere el uso de corticoides, estos han demostrado acortar la duración del dolor, mas no afectar el curso de la enfermedad.

Conclusiones

- La vasculitis por Ig A, es la vasculitis más frecuente reportada en la edad pediátrica, sin embargo, su diagnóstico mediante la aplicación de los criterios de EULAR/PRINTO/PRES, los síntomas cutáneos nos siempre son los primeros y dominantes en su presentación, en nuestro paciente los síntomas gastrointestinales fueron los primeros en manifestarse.
- En pacientes con antecedentes de vasculitis por IgA y que posteriormente desarrollan cuadros persistentes de dolor abdominal, se debe realizar un diagnóstico diferencial apoyándose con estudios de imagen, ya que la yeyunitis ulcerativa podría ser una complicación gastrointestinal infrecuente en la población pediátrica.

Recomendaciones

- En las vasculitis por Ig A recurrente es necesario realizar un abordaje diagnóstico multidisciplinar descartando otro tipo de vasculitis.
- Creemos necesario que se realice un seguimiento a largo plazo de éstos pacientes ya que al presentar episodios recurrentes la afectación renal puede alterar negativamente el pronóstico de la patología.
- Diseñar protocolos de abordaje diagnóstico y terapéutico de la vasculitis por IgA, tanto en su debut como en su recurrencia, adaptado a países con escasos recursos económicos.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento

Se trabajó con fondos propios de los autores.

Contribución de autores

José Andrés Tutillo León: Concepción y diseño del trabajo.

José Andrés Tutillo León: Recolección de datos y obtención de resultados.

José Andrés Tutillo León: Análisis e interpretación de datos.

José Andrés Tutillo León: Redacción del manuscrito.

José Andrés Tutillo León: Revisión crítica del manuscrito.

José Andrés Tutillo León: Aprobación de su versión final

José Andrés Tutillo León: Aporte de paciente o material de estudio.

José Andrés Tutillo León: Obtención de financiamiento.

José Andrés Tutillo León: Asesoría estadística.

José Andrés Tutillo León: Asesoría técnica y administrativa

Aspectos Éticos

Este estudio de reporte de caso cuenta con la autorización formal y el consentimiento informado del paciente, garantizando la protección de su privacidad y el manejo confidencial de sus datos personales e imágenes clínicas de acuerdo con los principios éticos establecidos para la investigación médica.

Bibliografía

1. Leung AKC, Barankin B, Leong KF. Púrpura de Henoch-Schönlein en niños: una revisión actualizada. Curr Pediatr Rev 2020; 16:265.
2. Song Y, Huang X, Yu G, et al. Patogenia de la vasculitis por IgA: una revisión actualizada. Front Immunol 2021; 12:771619.
3. Ozen S, Marks SD, Brogan P, Groot N, de Graeff N, Avcin T, et al. European consensus- based recommendations for diagnosis and treatment of immunoglobulin A vasculitis-the SHARE initiative. Rheumatology (Oxford). 2019;16.pii:kez041
4. Cannon L, Wu E. Recent Advances in Pediatric Vasculitis. Rheumatic Disease Clinics of North America. 2021;47(4):781-796. https://doi.org/10.1016/j.rdc.2021.07.007
5. Urushikubo J, Yanai S, Nakamura S, et al. Vasculitis por IgA en un paciente con colitis ulcerosa tratado con infliximab: ¿inducida por fármacos o genética? Clin J Gastroenterol 2021; 14:198.
6. Nicoara O, Twombley K. Immunoglobulin A Nephropathy and Immunoglobulin A Vasculitis. Pediatric Clinics of North America. 2019;66(1):101-110. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.08.008

Para referenciar aplique esta cita:
Tutillo León JA. Yeyunitis ulcerativa, un síntoma poco habitual de la Vasculitis por IgA, en un paciente pediátrico. REV-SEP. 29 de agosto de 2025; 26(2):47-51. Disponible en: https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/347