

## Hemorragia digestiva alta en paciente con púrpura difusa antral

Sr. Director:

La Púrpura de Schölein-Henoch (PSH) es una vasculitis por hipersensibilidad que consiste en una inflamación de las arteriolas, capilares y vénulas postcapilares. La causa puede ser desconocida o secundaria a otros procesos como infecciones por virus, bacterias o fármacos (1). Esta vasculitis es propia de la infancia, aunque se puede diagnosticar ocasionalmente en pacientes adultos, como es el caso que presentamos.

Varón de 41 años que consultó en urgencias por dolor abdominal y vómitos hemáticos. Como antecedentes destacaba una hipertensión arterial y diabetes en tratamiento. Diagnosticado de púrpura de Schölein-Henoch seis años antes, tras un ingreso por púrpura palpable en miembros inferiores y dolor abdominal, recibió tratamiento con esteroides durante dos meses con mejoría de la sintomatología. En el actual ingreso, el paciente presentaba dolor abdominal espontáneo y a la palpación, sobre todo en hemiabdomen superior, destacando la presencia de una púrpura difusa en piernas y muslos. Se colocó una sonda nasogástrica apreciando la salida de contenido biliar mezclado con sangre digerida. La coagulación era normal, hemoglobina de 16,2 gr/dl y un hematocrito del 46%, plaquetas normales y leucocitosis de 15.720 con 10.170 neutrófilos. Presentaba una glucemia elevada de 159 mg/dl, una urea alta de 87 mg/dl y una creatinina normal de 1,1 mg/dl. Los iones, enzimas cardíacas y la amilasa en sangre y orina eran normales. La tensión era de 135/70 mmHg, con una frecuencia cardíaca de 90 lpm. El estudio electrocardiográfico, la radiografía de tórax y abdomen no presentaron alteraciones significativas. Decidimos realizar una endoscopia digestiva alta urgente, encontrando un estómago con contenido biliar y sangre digerida, una mucosa gástrica eritematosa de forma parcheada en fundus y cuerpo gástrico y lesiones purpúricas difusas en todo el antro gástrico (Fig. 1), donde destacaba la existencia de áreas de mucosa atrófica y de color violáceo sobre todo en su cara anterior. A nivel duodenal, se observaron algunas lesiones petequiales puntiformes. No se realizó ninguna terapéutica endoscópica al tratarse de una lesión difusa y no presentar sangrado activo. El paciente recibió tratamiento con omeprazol intravenoso y terapia inmunosupresora con buena respuesta.

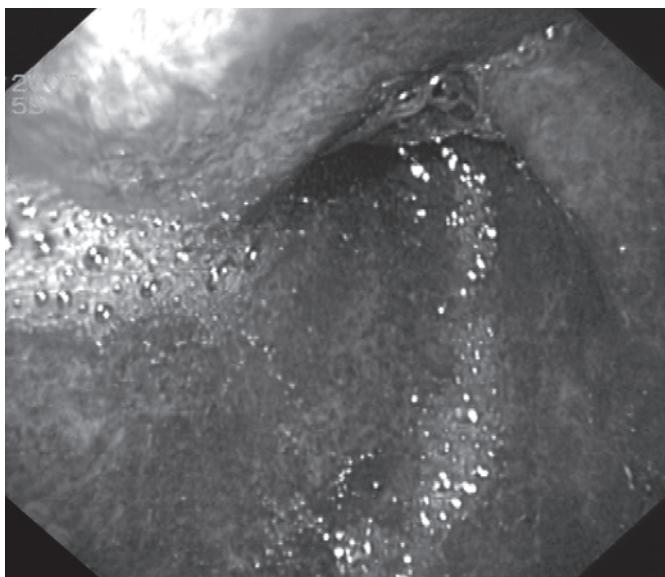


Fig. 1. Antro gástrico con púrpura en la mucosa.

La PSH se manifiesta como una púrpura que predomina en zonas declives y sometidas a presión de distribución simétrica. Las lesiones duran entre una y cuatro semanas, a veces se acompaña de febrícula y postración. Además de las manifestaciones cutáneas, es frecuente la afectación renal en forma de glomerulonefritis con hematuria, proteinuria y artritis, que son leves y transitorias (1).

La PSH puede también cursar con manifestaciones abdominales, hecho que se considera un criterio diagnóstico. El síntoma principal suele ser el dolor abdominal cólico debido a la obstrucción intestinal por edema submucoso, que puede acompañarse de vómitos, náuseas, diarrea, hemorragia con sangrado oculto, meLENAS y/o hematemesis (2,3).

La localización digestiva más frecuente de las lesiones es en duodeno y yeyuno. En la endoscopia pueden visualizarse erosiones o ulceraciones gástricas o duodenales, con lesiones purpúricas y áreas submucosas hemorrágicas (4).

Para su diagnóstico es necesario realizar una biopsia de la lesión cutánea. Aunque es una patología que desaparece y puede volver a recidivar, suele presentar un curso benigno, no obstante también se pueden encontrar formas graves e incapacitantes. Con respecto al tratamiento, es una enfermedad que suele desaparecer sin ningún tratamiento específico, aunque si debe buscarse el agente causal. Además habrá que tratar los síntomas asociados y aplicar un determinado tratamiento dependiendo del órgano afectado, habitualmente con corticoides y/o inmunosupresores (1).

**R. Baños Madrid, F. Alemán Lorca<sup>1</sup>, M. Alajarín Cervera, A. Serrano Jiménez, F. Alberca de las Parras, J. Molina Martínez, F. Carballo Alvarez**

*Servicio de Aparato Digestivo. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia*

1. Alarcón-Segovia D, Gil Aguado A, Xutglá MC. Vasculitis. En: Ferreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. 14. ed. Madrid: Harcourt, 2000. p. 1278-95.
2. Esaki M, Matsumoto T, Nakamura S, Kawasaki M, Iwai K, Hirakawa K, et al. GI involvement in Schönlein-Henoch purpura. *Gastrointest Endosc* 2002; 56: 920-3.
3. Espinet E, Muñoz-Navas M, Súbtil JC, de la Riva S, Betés M, Fernández-Urién I, et al. Utilidad de la endoscopia en la hemorragia digestiva por vasculitis. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27: 403-7
4. Novak J, Marki-Zay J, Csiki Z, Sebesi J, Takats A, Sipka S. Schönlein-Henoch purpura in adulthood (gastrointestinal manifestation and endoscopy). *Z Gastroenterol* 2001; 39: 775-82.

## Debilidad muscular como primera manifestación de un panhipopituitarismo secundario a un síndrome de silla turca vacía

Sr. Director:

El síndrome de la silla turca vacía (STV) se relaciona con distintos disturbios endocrinos y/o neurológicos provocados por la herniación del espacio subaracnoideo en el interior de la misma (1) y aunque su etiología es incierta se sabe que la presión intracraneal constituye uno de sus principales factores patogénicos (2). Es una entidad relativamente frecuente en la población general (5-23%),