

## Cartas al Director

### Dudas y similitudes entre la enfermedad de Crohn y la púrpura de Henoch-Schönlein

*Palabras clave:* Enfermedad de Crohn. Púrpura de Henoch-Schönlein. Ileítis.

*Key words:* Croh's disease. Henoch-Schönlein purpura. Ileitis.

*Sr. Editor:*

Presentamos el caso de un varón de 22 años sin enfermedades previas conocidas que acudió al servicio de urgencias por la aparición de lesiones purpúricas en codos, superficie tibial y pies ocho días después de un proceso catarral autolimitado. El exantema fue seguido de dolor abdominal, vómitos, diarrea y signos inflamatorios en rodillas, codos y carpos. El examen físico no reveló hallazgo alguno. Los análisis de sangre mostraron una leucocitosis ( $13.230$  leucocitos/ $\text{mm}^3$ ) con discreta neutrofilia, PCR  $40$  mg/dl, y el examen de la orina proteinuria y presencia de cuerpos cetónicos. Se le diagnosticó como púrpura de Henoch-Schönlein (PSH) y recibió tratamiento con  $30$  mg de prednisona al día vía oral. Dos días más tarde volvió a urgencias por aumento de dolor abdominal, deposiciones líquidas oscuras y vómitos. El examen físico entonces sí demostró aumento de ruidos hidroaéreos, palpación dolorosa de la fosa ilíaca derecha sin signos de peritonismo y un exantema purpúrico en dedos de los pies pero no en glúteos ni artritis. Los análisis de sangre revelaron PCR  $34$  mg/l, feritina  $352$  ng/ml,  $\alpha$ -1 globulina  $9\%$ ,  $\alpha$ -2 globulina  $13\%$ , leucocitos  $17.670/\text{mm}^3$ . Con ecografía abdominal se demostró el engrosamiento de un asa de ileon. Con TC se confirmó que el ileon terminal estaba aumentado de tamaño y engrosado, y que había una hipervascularización del colon ascendente y moderada cantidad de líquido libre peritoneal (Fig. 1). Se hizo una gastroscopia que no aportó información relevante. La serología de Yersinia y Anisakis y el examen de heces fueron negativos. La colo-



Fig. 1.

noscofia permitió comprobar la presencia de áreas edematosas y eritematosas en la mucosa del ileon con aspecto pseudopolipoideo. Las biopsias solo demostraron un infiltrado crónico inespecífico. En colon, a  $35$  cm de ano se detectaron también aftas cuyas biopsias fueron también inespecíficas. El paciente permaneció ingresado y recibió metilprednisolona a dosis de  $1$  mg/kg de peso por vía intravenosa desapareciendo los síntomas y la proteinuria. Siete días después del ingreso un tránsito intestinal no mostró signo alguno de ileitis. Los corticoides se fueron reduciendo de forma gradual y el paciente ha permanecido asintomático.

### Discusión

La PSH es una vasculitis leucocitoclástica sistémica que se presenta sobretodo en niños afectando varios órganos incluyendo al tracto gastrointestinal. Puede presentarse después de una infección de vías respiratorias altas. Su diagnóstico se basa en: púrpura palpable, artralgia o artritis, enfermedad renal y dolor abdominal. Podemos encontrar síntomas gastrointestinales en el  $80\%$  de los pacientes y hallazgos endoscópicos pueden detectarse en el duodeno, recto e ileon (1).

La PSH y la enfermedad de Crohn (EC) tienen similitudes clínicas y endoscópicas y comparten signos radiológicos. En adultos la PSH es inusual y la EC bastante más común de forma que la primera puede ser fácilmente confundida con la segunda (2-4). Por tanto la PSH debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de las ileitis (2). El exantema purpúrico es de ayuda en el diagnóstico de la PSH pero en algunos pacientes los síntomas gastrointestinales pueden preceder en varios días al exantema o a las artritis (4-6). Además la PSH en los adultos puede tener un curso clínico menos agudo (3) haciendo su diagnóstico menos claro. Aunque PSH y EC son dos entidades diferentes, se ha descrito la asociación de ambos procesos en miembros de una misma familia (7) y la aparición de una PSH durante el tratamiento con adalimumab en un paciente con EC (8).

Giuliana Coccozza<sup>1</sup>, Antonella Contaldo<sup>1</sup>, Juan Calabia<sup>2</sup>,  
Benito Velayos<sup>3</sup> and Luis Fernández-Salazar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Università degli Studi di Bari. Facoltà di Medicina e Chirurgia. Bari. Italia.* <sup>2</sup>*Servicios de Radiología y*  
<sup>3</sup>*de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Valladolid*

## Bibliografía

1. Zhang Y, Huang X. Gastrointestinal involvement in Henoch-Schönlein purpura. *Scand J Gastroenterol* 2008;43(9):1038-43.
2. Ortego-Centeno N, Callejas-Rubio JL, López-Mañás JG, Troncoso-García E, de la Higuera Torres-Puchol J. Ileitis terminalis in a patient with Henoch-Schönlein purpura. *Dig Dis Sci* 1999;44(8):1590-3.
3. Samuel S, Loftus EV Jr, Sandborn WJ. Henoch-Schönlein purpura in an adult mimicking Crohn's disease and pyoderma gangrenosum. *Dig Dis Sci* 2011;56(7):2205-6.
4. Yavuz A, Yıldız M, Aydın A, Yıldırım AC, Buluş H, Köklü S. Henoch Schönlein purpura mimicking Crohn's ileitis. *J Crohns Colitis* 2011;5(3):271-2.
5. Scherbaum WA, Kaufmann R, Vogel U, Adler G. Henoch-Schönlein purpura with ileitis terminalis. *Clin Investig* 1993;71(7):564-7.
6. Al-Toma AA, Brink MA, Hagen EC. Henoch-Schönlein purpura presenting as terminal ileitis and complicated by thrombotic microangiopathy. *Eur J Intern Med* 2005;16(7):510-2.
7. Cassater D, Gambaro G, Fabris A, Cena C, Calabria S, Capelluto S, et al. Henoch-Schönlein purpura and Crohn's disease in a family. *J Nephrol* 2006;19(3):387-90.
8. Rahman FZ, Takhar GK, Roy O, Shepherd A, Bloom SL, McCartney SA. Henoch-Schönlein purpura complicating adalimumab therapy for Crohn's disease. *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 2010;1(5):119-22.