



Vasculitis por inmunoglobulina A asociada a la vacuna contra la difteria, tétanos y tos ferina y vacuna antipoliomielítica oral bivalente. Reporte de caso

Immunoglobulin A vasculitis associated with diphtheria, tetanus, and pertussis vaccine and bivalent oral polio vaccine. case report

Vasculite por inmunoglobulina A asociada a vacuna contra difteria, tétano e coqueluche e vacuna oral bivalente contra poliomielite. relato de caso

Cindy Estefanía Mafla Vaca ^I

cindystefania5@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1975-2769>

Elizabeth Amada Guerra Monteros ^{II}

amadaguerra@yahoo.com.mx

<https://orcid.org/0009-0006-0999-5851>

Kelly Alexandra Mafla Vaca ^{III}

kellmafla5@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-1285-1936>

Correspondencia: cindystefania5@gmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 23 de julio de 2023 * **Aceptado:** 12 de agosto de 2023 * **Publicado:** 03 de septiembre de 2023

- I. Médica general, Magister en Salud Pública, Magister en Gerencia Hospitalaria, Ecuador.
- II. Doctora en medicina y cirugía especialista en pediatría, Ecuador.
- III. Estudiante de Bioquímica y Farmacia de la Universidad Central del Ecuador, Ecuador.

Resumen

La vasculitis por inmunoglobulina A (vasculitis por IgA, que anteriormente se conocía como Púrpura de Henoch-Schönlein), es la vasculitis sistémica más común en los niños, sin embargo, es de etiología desconocida. Caracterizada por cuatro manifestaciones clínicas: púrpura cutánea, artritis o artralgia, dolor abdominal y afectación renal, siendo la presencia de púrpura un criterio obligatorio para el diagnóstico, el cual es clínico. El tratamiento en la mayoría de pacientes es de soporte, ya que la patología suele ser autolimitada. Se presenta el caso de un niño de 5 años, sin antecedentes patológicos personales, que presentó vasculitis por IgA, 24 horas posteriores a la administración de la vacuna contra la difteria, tétanos y tos ferina (DPT) y vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bOPV), si bien no se ha establecido causalidad entre estas, se reporta dicho efecto adverso.

Palabras Clave: Púrpura de Henoch-Schönlein; DPT; bOPV.

Abstract

Immunoglobulin A vasculitis (IgA vasculitis, formerly known as Henoch-Schönlein purpura), is the most common systemic vasculitis in children, however it is of unknown etiology. Characterized by four clinical manifestations: cutaneous purpura, arthritis or arthralgia, abdominal pain and renal involvement, the presence of purpura being a mandatory criterion for diagnosis, which is clinical. Treatment in most patients is supportive, since the pathology is usually self-limiting. We present the case of a 5-year-old boy, with no personal pathological history, who presented IgA vasculitis 24 hours after administration of the diphtheria, tetanus, and pertussis (DPT) vaccine and bivalent oral polio vaccine (bOPV). , although causality between them has not been established, said adverse effect is reported.

Keywords: Henoch-Schönlein purpura; DPT; bOPV.

Resumo

A vasculite por imunoglobulina A (vasculite por IgA, anteriormente conhecida como púrpura de Henoch-Schönlein), é a vasculite sistêmica mais comum em crianças, porém de etiologia desconhecida. Caracterizada por quatro manifestações clínicas: púrpura cutânea, artrite ou artralgia, dor abdominal e envolvimento renal, sendo a presença de púrpura critério obrigatório

para o diagnóstico, que é clínico. O tratamento na maioria dos pacientes é de suporte, uma vez que a patologia costuma ser autolimitada. Apresentamos o caso de um menino de 5 anos, sem antecedentes patológicos pessoais, que apresentou vasculite por IgA 24 horas após administração da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DPT) e vacina oral bivalente contra poliomielite (bOPV). a causalidade entre eles não foi estabelecida, o referido efeito adverso é relatado.

Palavras-chave: púrpura de Henoch-Schönlein; DPT; bVOP.

Introducción

Se estima que la vasculitis por IgA se presenta en un 90% en la edad pediátrica y en menores de 5 años en un 50%. Aunque su etiología no se conoce con certeza, se considera como factores desencadenantes a infecciones, picaduras de insectos y vacunas (vacuna antigripal, vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola). (Borlán Fernández, 2020) Se asocia a la vasculitis por IgA la región del antígeno leucocitario humano (HLA), así como los polimorfismos en otros genes relacionados con la inmunidad, siendo el hallazgo característico la vasculitis leucocitoclástica acompañada de inmunocomplejos IgA dentro de los órganos que se ven afectados, con predominio en pequeños vasos (capilares, vénulas y arteriolas). Los tipos de células preponderantes dentro del infiltrado inflamatorio son neutrófilos y monocitos. La tetrada clásica de esta patología es la púrpura palpable sin trombocitopenia ni coagulopatía, artritis o artralgiás, dolor abdominal y enfermedad renal, el orden de presentación es variable, pero es indispensable la presencia de púrpura. El diagnóstico es clínico (púrpura palpable sin trombocitopenia o coagulopatía y dos o tres de las características clínicas restantes: artritis o artralgiás, dolor abdominal y enfermedad renal), solo en casos en los que la clínica no sea clara se realizará biopsia del órgano afectado. El tratamiento es de soporte mediante el uso de analgésicos y corticoides, pues la vasculitis por IgA suele ser autolimitada resolviéndose en un periodo de 2 a 6 semanas en la mayoría de casos, sin embargo, cuando hay afectación renal se debe dar manejo por nefrología. El pronóstico en general es bueno, solo un 33% de pacientes presentan recurrencia. (Dedeoglu & Kim, 2019)

Información del paciente

Paciente masculino de 5 años 3 meses de edad, escolar que reside en oriente ecuatoriano, mestizo, O Rh+ con carnet de vacunación completo. Nacido por parto eutócico a las 39 semanas

de gestación sin complicaciones. Desarrollo psicomotor: sostén cefálico a los 3 meses, gateo 6 meses, deambulación 11 meses y control de esfínteres 22 meses. Alimentación con seno materno desde el nacimiento hasta los 30 meses e inicio de alimentación complementaria a los 8 meses. La madre no refiere ninguna alergia, antecedente patológico personal ni familiar del paciente.

Hallazgos clínicos

Al examen físico se evidencia dermatosis en miembros inferiores y miembro superior izquierdo. En miembros inferiores se presentan máculas y pequeñas pápulas purpúricas de 2 a 5 mm de diámetro de bordes irregulares, algunas confluyen formando pequeñas placas, que no desaparecen a la digitopresión (Foto No. 1). Además, en miembro superior izquierdo hay edema generalizado ++/++++ sin fóvea (Foto No. 2), con presencia de pápulas aisladas eritematosas violáceas de aspecto habonoso que no desaparecen a la digitopresión (Foto No. 3).



Foto No. 1



Foto No. 2



Foto No. 3

Cronología

El sistema de atención primaria de salud pública, durante y posterior a la emergencia sanitaria fortaleció la vacunación mediante actividades extramurales (Ministerio de Salud, 2020), por lo que, el paciente recibió la vacunación de DPT y bOPV correspondiente a su edad según el esquema de vacunación del Ministerio de Salud Pública (MSP). La madre refiere que el paciente recibió las 2 vacunas mencionadas en su domicilio por personal del MSP, a las 24 horas posteriores a su administración el paciente presenta erupción cutánea violácea en miembros inferiores que se acompañan de dolor de moderada intensidad y en miembro superior izquierdo que fue donde se aplicó la vacuna se presentan lesiones urticariales, edema y prurito. La madre acude 24 horas después de la aparición de la dermatosis al Hospital Básico 17 BS “Pastaza, debido a que las lesiones han incrementado y presencia de dolor en articulaciones de miembros inferiores.

Se realiza valoración en la emergencia”, por parte de médico residente, al examen físico los signos vitales presentan los siguientes valores: temperatura 37.6°C, frecuencia cardiaca 110 por minuto, frecuencia respiratoria 32 por minuto y saturación de oxígeno 96%, peso 17 kg (sobre

p15), talla 105 cm (p15), además el paciente se encuentra en estado de alerta, álgico e irritable con las lesiones ya descritas, asimismo en miembros inferiores se evidencia marcado dolor a la realización de movimientos activos y pasivos. Ante la sospecha de celulitis en el miembro superior izquierdo y vasculitis por IgA, se solicitan exámenes de laboratorio con los siguientes resultados: Biometría Hemática: leucocitos 13 580 células/ μ l, neutrófilos 64.6%, linfocitos 21.6%, monocitos 9.1%, eosinófilos 4.4%, basófilos 0.3%, hemoglobina 11.2 g/dl, hematocrito 35.6%, volumen corpuscular medio (VCM) 79.4 fl y hemoglobina corpuscular media (HCM) 35.2 pg, plaquetas 423000 / μ l; Tiempo de Protrombina (TP) 14.5 seg; Tiempo Parcial de Tromboplastina (TTP) 29.7 seg, INR 1.42; Proteína C Reactiva (PCR) 24 mg/l y Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) 29 mm/h. Se comunica sobre el caso a médico tratante del servicio de pediatría, decidiendo su ingreso a hospitalización, con los siguientes diagnósticos presuntivos: Vasculitis por IgA, celulitis de miembro superior izquierdo y anemia microcítica hipocrómica leve. Se indicó al ingreso: dieta hipoalergénica, acompañamiento permanente, reposo absoluto, control de signos vitales cada 6 horas, control de ingesta excreta, medición de brazo y antebrazo izquierdo cada 8 horas, hidratación intravenosa (IV) con dextrosa en agua al 5% + 20 mEq de potasio 55 ml/h, ampicilina más sulbactam 450 mg IV cada 6 horas, paracetamol 200 mg IV cada 6 horas, loratadina 3.5 mg vía oral (VO) por razones necesarias (PRN) y reportar novedades.

Paciente en su primer día de hospitalización, se muestra tranquilo en compañía de su padre, durante la noche no realiza alzas térmicas, el dolor a nivel de miembros inferiores disminuye considerablemente, sin embargo, se reporta dolor abdominal leve de corta duración y leve incremento de prurito en miembro superior izquierdo. Ingesta 940 ml y excreta 150 ml. Los signos vitales reportan lo siguientes valores: Temperatura 36.8°C, frecuencia cardiaca 82 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto y saturación de oxígeno 98%, las lesiones se mantienen en condiciones similares previo al ingreso a hospitalización, medición de edema de miembro superior izquierdo: 20.5 cm brazo, 19 cm antebrazo y 14,4 cm muñeca. Se solicitan exámenes de control que reportan lo siguiente: Biometría Hemática: leucocitos 12 460 células/ μ l, neutrófilos 76.3%, linfocitos 19.2%, monocitos 1%, eosinófilos 3.4%, basófilos 0.1%, hemoglobina 11.2 g/dl, hematocrito 35.2%, VCM 77.2 fl y HCM 24.6 pg, plaquetas 525 000 / μ l; glucosa postprandial 161 mg/dl; urea 20.7 mg/dl; creatinina 0.65 mg/dl; Examen Elemental y Microscópico de Orina (EMO): amarillo, transparente, densidad 1005, leucocitos 1-2 por campo,

hematíes 0-1 por campo, bacterias escasas, sangre oculta en heces negativo. Médico tratante decide modificar hidratación con dextrosa en agua al 5% 1000 ml + cloruro de sodio 51 mEq + cloruro potasio 20 mEq IV 55 ml/h, se indica loratadina 3.5 ml cada 12 horas, resto de indicaciones se mantienen iguales

Paciente en su segundo día de hospitalización, padre refiere que su hijo descansa tranquilo durante la noche, sin embargo, presenta, cefalea de leve intensidad que cede a la administración de paracetamol, además de buena tolerancia oral y diuresis. Ingesta 3190 ml y excreta 2280 ml. Signos vitales: Al examen físico llama la atención dolor a la digitopresión a nivel frontal, parietal y en cuello, dolor tipo cólico en mesogastrio EVA 2/10 sin signos de irritación peritoneal, edema en miembro superior izquierdo +/- sin fóvea; en miembros inferiores no hay edema y se evidencia mejora en cuanto a movilidad articular, petequias diseminadas con estigmas de rascado a nivel de dorso de pie derecho. Medición de miembro superior izquierdo: 19.5 cm brazo, 19 cm antebrazo y 15 cm muñeca. Se mantienen mismas indicaciones.

Paciente en su tercer día de hospitalización se muestra tranquilo, no realiza alzas térmicas y la cefalea ha disminuido, se conserva diuresis, deposición y apetito. Ingesta 6824 y excreta 4730. Signos vitales: Temperatura 37°C, frecuencia cardíaca 98 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, presión arterial 110/70 mmHg y saturación de oxígeno 98%. Al examen físico no hay dolor a la palpación en abdomen, edema en miembro superior izquierdo +/- sin fóvea. Medición de miembro superior izquierdo: 18 cm brazo y 19 cm antebrazo. Exámenes de laboratorio de control: Biometría Hemática: leucocitos 12 440 células/ μ l, neutrófilos 38.8%, linfocitos 52.1%, monocitos 3.1%, eosinófilos 5.6%, basófilos 0.4%, hemoglobina 11.7 g/dl, hematocrito 37.4%, VCM 78.3 fl y HCM 24.5 pg, plaquetas 662 000 / μ l; TP 17.1 seg; TTP 22.8 seg; INR 1.45; urea 20.8 mg/dl; creatinina 0.55 mg/dl; TGO 23.06 Y TGP 21.6. Se continúan mismas indicaciones.

Paciente en su cuarto día de hospitalización se mantiene en buenas condiciones generales. Signos vitales: Temperatura 37°C, frecuencia cardíaca 86 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto, y saturación de oxígeno 98%, peso 17.2 kg (sobre p15) y talla 105 cm (p15). Al examen físico hay presencia de dolor a la palpación profunda en mesogastrio, en miembro superior izquierdo no hay edema y en miembro inferior izquierdo hay leve rubor y disminución marcada de petequias (Foto No. 4, Foto No. 5 y Foto No. 6). Medición de miembro superior izquierdo: 18 cm brazo, 17 cm antebrazo y 13 cm muñeca. Se decide el alta con las siguientes indicaciones:

consejería nutricional, hidratación por vía oral, ampicilina más sulbactam 250 ml/ 5 ml administrar vía oral 860 mg cada 12 horas por 5 días, claricort (betametasona + loratadina) administrar vía oral 3.5 cc cada 12 horas por 5 días, paracetamol 120 mg/ 5 ml administrar vía oral 200 mg por razones necesarias y control por consulta externa en 1 semana (20-10-2020)

El paciente egresa con los siguientes diagnósticos: Vasculitis por IgA, trombocitosis secundaria leve y anemia microcítica hipocrómica leve. Se realiza el reporte del efecto adverso a la administración de las vacunas a la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA).





Foto No. 5

Intervención terapéutica

Posterior a la evaluación se decidió ingreso a hospitalización en pediatría con acompañamiento permanente, dieta hipoalergénica, control de signos vitales cada 6 horas, control ingesta-excreta, reposo absoluto, medición de miembro superior izquierdo cada 8 horas, hidratación, antibioticoterapia, antihistamínico, analgesia y exámenes de control.

Seguimiento y resultados

Paciente acude en compañía de su madre a control por consulta externa 10 días posteriores a su egreso, con los siguientes signos vitales: Temperatura 36°C, frecuencia cardiaca 89 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, y saturación de oxígeno 93%. Peso 17.6 kg (sobre p 15) y Talla 105 cm (p 15). Paciente con buena evolución se evidencian lesiones residuales (Foto No. 7 y Foto No. 8), resto del examen normal. Se solicita exámenes de control para descartar parasitosis y anemia.



Foto No. 7



Foto No. 8

Discusión

En la revisión de la literatura existen reportes de casos de vasculitis por IgA asociado a la vacunación contra la influenza (Kantor, Galel, & Aviner, 2020) (Ledford, 2017), sin embargo, no hay reportes de esta patología como efecto adverso de la vacuna DPT y bOPV. Los efectos adversos asociados a la vacuna DTP se estiman que aparecen de 24 a 48 horas después de su administración y en su mayoría son locales (eritema e induración con o sin ligera molestia, dolor, inflamación) tal como lo presentó el paciente en el miembro superior izquierdo y sistémicas (elevación ligera o moderada de la temperatura corporal, acompañada por malestar, escalofríos e irritabilidad, llanto persistente, somnolencia, inapetencia y vómitos) (Organización Panamericana de la Salud, 2015), en cuanto a la bOPV, en la gran mayoría de los casos no existen efectos secundarios, es así que raramente, puede ocurrir la parálisis asociada con la vacuna (Asociación Española de Pediatría, 2019). Si bien no se puede establecer una relación de causalidad directa, ya que la etiología de la vasculitis por IgA es desconocida la vacunación en el

paciente pudo actuar como un factor desencadenante para que se presente dicha condición clínica. El diagnóstico del paciente fue clínico pues presentó púrpura palpable, artralgia y dolor abdominal, teniendo una buena evolución clínica sin complicaciones, por lo cual únicamente requirió tratamiento de soporte.

En conclusión, es importante conocer el posible efecto adverso de las vacunas DPT y bOPV en los escolares, con la finalidad de tener precaución en su administración. El reporte se lo realizó al ARCSA oportunamente, sin embargo, no se conoce si ha habido una afectación similar en otros niños posterior a la administración de las vacunas

Consentimiento informado

Para presentar el siguiente caso se contó con el consentimiento informado de la madre del paciente

Declaración de conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses en este caso

Referencias

- Asociación Española de Pediatría. (2019). Las vacunas . Obtenido de Comité Asesor de Vacunas: <https://vacunasaep.org/familias/vacunas-una-a-una>
- Borlán Fernández, S. (2020). Vasculitis por IgA (púrpura de Schönlein-Henoch). Protocolos diagnósticos y terapéuticos es pediatría, 225-238. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_vasculitis_iga.pdf
- Dedeoglu, F., & Kim, S. (2019). IgA vasculitis (Henoch-Schönlein purpura): Clinical manifestations and diagnosis. Obtenido de UpToDate: https://www.uptodate-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/contents/iga-vasculitis-henoch-schonlein-purpura-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=purpura%20henoch%20sch&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H13
- Kantor, R., Galel, A., & Aviner, S. (2020). Henoch-Schönlein Purpura Post-Influenza Vaccination in a Pediatric Patient: A Rare but Possible Adverse Reaction to Vaccine. *Israel Medical Association Journal*, 10(22), 588-590.

Ledford, D. (2017). Henoch-Schönlein Purpura and Influenza Vaccine. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 1(5). doi:10.1016/j.jaip.2016.05.022

Ministerio de Salud. (2020). Fortalecimiento de intervenciones de vacunación durante y post-Emergencia Sanitaria por SARS-CoV-2. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Fortalecimiento-de-vacunaci%C3%B3n-en-alerta-sanitaria-COVID-19.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2015). Vacuna Antidiftérica-Antitetánica-Antipertusis (D.T.P). Obtenido de https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&alias=328-bio-finlay-vacuna-dtp&category_slug=instituto-finlay&Itemid=226

© 2023 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).