



Artículo Valorado Críticamente

## **No existe evidencia actualmente que apoye el uso de ninguna intervención para prevenir o tratar el daño renal de la púrpura de Schönlein-Henoch**

Javier González de Dios. Servicio de Pediatría. Hospital de Torrevieja. Alicante (España).

Correo electrónico: [jgonzalez@torrevieja-salud.com](mailto:jgonzalez@torrevieja-salud.com)

Cristina Rivas Jueas. Servicio de Pediatría. Hospital de Sagunto . Sagunto (España).

Correo electrónico: [crisrijue@hotmail.com](mailto:crisrijue@hotmail.com)

Términos clave en inglés: purpura, Schoenlein-Henoch: therapy; systematic review; meta-analysis

Términos clave en español: púrpura de Schönlein-Henoch: tratamiento; revisión sistemática; metanálisis

Fecha de recepción: 30 de abril de 2009

Fecha de aceptación: 4 de mayo de 2009

Fecha de publicación en Internet: 1 de junio de 2009

Evid Pediatr. 2009; 5: 38      doi: [vol5/2009\\_numero\\_2/2009\\_vol5\\_numero2.6.htm](https://doi.org/10.1016/S1885-2666(09)70026-6)

### Cómo citar este artículo

González de Dios J, Rivas Jueas C. No existe evidencia actualmente que apoye el uso de ninguna intervención para prevenir o tratar el daño renal de la púrpura de Schönlein-Henoch. Evid Pediatr. 2009; 5: 38

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC en <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: [http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol5/2009\\_numero\\_2/2009\\_vol5\\_numero2.6.htm](http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol5/2009_numero_2/2009_vol5_numero2.6.htm)

EVIDENCIAS EN PEDIATRIA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-09. Todos los derechos reservados. ISSN : 1885-7388

## No existe evidencia actualmente que apoye el uso de ninguna intervención para prevenir o tratar el daño renal de la púrpura de Schönlein-Henoch

Javier González de Dios. Servicio de Pediatría. Hospital de Torrevieja. Alicante (España).

Correo electrónico: jgonzalez@torrevieja-salud.com

Cristina Rivas Juegas. Servicio de Pediatría. Hospital de Sagunto . Sagunto (España).

Correo electrónico: crisrijue@hotmail.com

**Referencia bibliográfica:** Chartapisak W, Opastiraku SL, Willis NS, Craig JC, Hodson EM. Prevention and treatment of renal disease in Henoch-Schönlein purpura: a systematic review. Arch Dis Child. 2009; 94:132-7.

### RESUMEN

**Conclusiones de los autores del estudio:** no existen suficientes datos actualmente para utilizar una terapia farmacológica en la prevención o tratamiento de la nefritis de la púrpura de Schönlein-Henoch (PSH).

**Comentario de los revisores:** no hay datos suficientes para prescribir corticoides al inicio de la PSH para prevenir el daño renal persistente y tampoco para el empleo de inmunosupresores en las nefritis graves asociadas a la PSH. Las conclusiones sobre los corticoides contradicen una revisión sistemática previa, basada en estudios de peor calidad.

**Palabras clave:** púrpura de Schönlein-Henoch: tratamiento; revisión sistemática; metanálisis

**There's no evidence to support therapies in preventing or treating renal disease in Henoch-Schönlein purpura**

### ABSTRACT

**Authors' conclusions:** nowadays there is no evidence to use drug therapies in preventing or treating renal disease in Henoch-Schönlein purpura (SHP).

**Reviewers' commentary:** there is no evidence to prescribe corticoids at the beginning of SHP in preventing persistent renal disease, neither to treat severe nephritis with immunosuppressors. Results about the use of steroids contradict the conclusions of a previous systematic review, based on poor quality trials.

**Keywords:** purpura, Schoenlein-Henoch: therapy; systematic review; meta-analysis

### Resumen estructurado:

**Objetivo:** evaluar el balance riesgo/beneficio de los tratamientos utilizados para prevenir o tratar el daño renal en la púrpura de Schönlein-Henoch (PSH).

**Diseño:** revisión sistemática (RS) con metanálisis (MA).

**Fuentes de datos:** Cochrane Central Register of Controlled Trials, Medline y EMBASE (hasta noviembre de 2007) sin restricción lingüística. Búsqueda manual en referencias de libros, artículos y congresos, realizado por Cochrane Renal Group.

**Selección de estudios:** ensayos clínicos (EC) controlados, aleatorizados o casi aleatorizados. Población <18 años con PSH (con y sin lesión renal). Intervención: diferentes tratamientos (corticoides, antiagregantes plaquetarios, heparina y ciclofosfamida) frente a placebo, no tratar u otros tratamientos. Variables principales: mortalidad, efectos adversos, lesión renal persistente o cambios en las manifestaciones renales de los pacientes. Se obtienen 10 estudios (1.230 pacientes): cinco EC (n= 789) evalúan corticoides, dos agentes antiplaquetarios (n= 138) dos ciclofosfamida (n= 75) y uno heparina (n= 228).

**Obtención de datos:** dos revisores seleccionan los artículos de interés y tres el control metodológico de los EC. Las variables dicotómicas se expresan como riesgo relativo (RR) y las variables continuas como diferencia ponderada de la media (DPM), con su intervalo de confianza del 95%

(IC95%). Se usó un modelo de efectos aleatorios debido a la gran variabilidad existente entre los estudios.

**Resultados principales:** el MA de cuatro de los cinco EC sobre corticoides (prednisona entre 14 y 28 días) no muestra diferencias en el riesgo de enfermedad renal persistente a los seis meses (RR= 0,51; IC95% 0,24 a 1,11) ni a los 12 meses (RR= 1,02; IC95% 0,40 a 2,62) respecto a placebo o no tratamiento; el estudio excluido es el que no mostraba un ocultamiento de la secuencia de aleatorización y arrojaba beneficios para el tratamiento con corticoides. No se registran efectos adversos en tres estudios. No se encuentran diferencias en los dos EC sobre antiagregantes plaquetarios (aspirina y dipiridamol). No hay diferencias en los dos EC sobre ciclofosfamida (estos realizados en PSH con nefritis grave), tanto comparado con tratamiento de soporte (RR= 1,07; IC95% 0,65 a 1,78) como con metilprednisolona (RR = 0,39; IC95% 0,14 a 1,06). Sólo el EC con heparina muestra prevención significativa del daño renal a los 3 meses o más desde el inicio de la púrpura (RR 0,27; IC95% 0,14 a 0,55).

**Conclusión:** no existen suficientes datos actualmente para utilizar un tratamiento farmacológico en la prevención o tratamiento de la nefritis de la PSH.

**Conflicto de intereses:** no existe.

**Fuente de financiación:** no consta.

**Comentario crítico:**

**Justificación:** la PSH es la vasculitis más frecuente de la infancia, siendo la nefritis la más temida de sus consecuencias. Sin embargo, contamos con pocos estudios consistentes que nos permitan adoptar una postura para prevenir o tratar esta condición, de ahí el interés de esta RS.

**Validez o rigor científico:** la validez de esta revisión está limitada por la baja calidad de los estudios incluidos (sólo cuatro EC tienen la secuencia de aleatorización oculta y tres presentan un correcto cegamiento; ningún EC realiza análisis por intención de tratar), así como la heterogeneidad de los mismos (diferentes poblaciones a estudio e intervenciones aplicadas).

**Importancia clínica:** sólo se realiza MA de los EC con corticoides y concluye que no existen datos que apoyen su uso, de forma similar a RS previas<sup>1,2</sup>, pero al contrario que la RS de Weiss y cols<sup>3</sup> que sí encontraba efecto protector sobre el daño renal en la PSH. Este último estudio fue valorado en Evidencias en Pediatría y ya en su momento se comentaba la necesidad de ser prudente con sus conclusiones, dadas sus limitaciones metodológicas (basado más en estudios observacionales que en EC)<sup>4</sup>. Los agentes antiplaquetarios no parecen jugar un papel en esta enfermedad. El único EC con resultados favorables es el que usa heparina, pero se fundamenta en un EC de baja calidad metodológica cuyos datos se obtienen de una comunicación en un congreso; en cualquier caso es un tratamiento con potencial riesgo de sangrado, aunque no se hayan comunicado efectos adversos. Parece existir una tendencia a la mejoría de la lesión renal con ciclosporina, pero el único EC que lo sugiere tiene una muestra muy pequeña de pacientes, por lo que las diferencias no son significativas.

**Aplicabilidad en la práctica clínica:** actualmente parece que tenemos que mantener una actitud prudente y no se puede aconsejar ninguna intervención para prevenir o tratar el daño renal de la PSH. No hay datos suficientes para prescribir corticoides al inicio de la PSH para prevenir el daño renal persistente y tampoco para el empleo de inmunosupresores en las nefritis graves asociadas a la PSH. Son necesarios EC multicéntricos y metodológicamente correctos, con un seguimiento mínimo de cinco años, para concretar la eficacia de estos tratamientos (con especial interés en corticoides y ciclosporina).

**Conflicto de intereses de los autores del comentario:** no existe.

**Bibliografía:**

- 1.- Wyatt RJ, Hogg RJ. Evidence-based assessment of treatment options for children with IgA nephropathies. *Pediatr Nephrol.* 2001;16:156-67.
- 2.- Zaffanello M, Brugnara M, Franchini M. Therapy for children with henoch-schonlein purpura nephritis: a systematic review. *ScientificWorldJournal.* 2007; 7: 20-30.
- 3.- Weiss PF, Feinstein JA, Luan X, Burnham JM, Feudtner C. Effects of corticosteroid on Henoch-Schönlein purpura: a

systematic review. *Pediatrics.* 2007;120:1079-87.

- 4.- Chalco Orrego JP, Bada Mancilla CA, Rojas Galarza RA. ¿Debemos utilizar corticoides sistémicos de forma precoz en niños con Púrpura de Henoch-Schönlein para disminuir el riesgo de desarrollo de enfermedad renal persistente? *Evid Pediatr.* 2008; 4: 14.