



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 347/3831 - PLAQUETOPENIA EN URGENCIAS

M. Pulido Sabidó<sup>a</sup>, M. de Luca<sup>b</sup> y A. Benavides Lanzas<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año. CAP Terrassa Sud. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UDM Mútua de Terrassa. Barcelona. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Terrassa Rambla. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 45 años, que como único antecedente presenta parálisis facial periférica hace 1 mes, resuelta con corticoides. Consulta en atención primaria por artralgias en manos de reciente evolución, solicitando analítica que evidencia plaquetopenia de  $29 \times 10^9/L$ , motivo por el cual se deriva a urgencias, donde la paciente refiere hematomas en piernas y metrorragias de 5 meses de evolución. Niega otros sangrados activos, clínica infecciosa los días previos o introducción de nuevos fármacos. En urgencias se confirma plaquetopenia y se detecta anemia microcítica (probablemente secundaria a metrorragias), sin otras alteraciones relevantes, por lo que se realiza interconsulta con Hematología. Es orientada como posible trombocitopenia inmune primaria (PTI), iniciándose corticoterapia a dosis de 1 mg/kg/día, logrando al alta ascenso de plaquetas a  $40 \times 10^9/L$ . En consulta de Hematología de seguimiento, se realiza estudio de autoinmunidad (ANAs, FR, B27, proteinograma) con resultados negativo y serológico (CMV, VHB, VHC, VIH), objetivándose positividad para VIH, confirmada posteriormente con una segunda determinación analítica. Finalmente se orienta como PTI secundaria a infección por VIH, iniciando Genvoya<sup>®</sup> tras titulación de linfocitos CD4 y carga viral. Actualmente, la paciente se encuentra en seguimiento ambulatorio por Infecciosas y Hematología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hematomas en extremidades. Analítica:  $29 \times 10^9/L$  plaquetas. Test VIH: positivo. Resto sin alteraciones.

**Orientación diagnóstica:** PTI secundaria a VIH.

**Diagnóstico diferencial:** Según el mecanismo de la trombocitopenia: 1) no inmune (congénitas, enfermedades de la médula ósea, microangiopatía trombótica, hepatopatía crónica...) o 2) inmune (postransfusional, infecciones, farmacológico...).

**Comentario final:** La PTI primaria se define por un recuento plaquetario  $< 100 \times 10^9/L$ , en ausencia de otras enfermedades que la justifiquen. Ante la sospecha de PTI se deben descartar causas secundarias, especialmente enfermedades infecciosas (obligatoriamente VIH, VHB y VHC), carencias nutricionales o fármacos. El estudio de extensión de sangre periférica descarta la pseudotrombocitopenia, siendo el diagnóstico de PTI de exclusión. El tratamiento se basa en corticoides, asociados a inmunoglobulinas en caso de contraindicación de éstos o inestabilidad hemodinámica.

## **Bibliografía**

1. Mathias SD, et al. A disease-specific measure of health-related quality of life for use in adults with immune thrombocytopenic purpura: its development and validation. Health Qual Life Outcomes. 2007;5:11.

**Palabras clave:** Plaquetopenia. Trombocitopenia inmune primaria. Púrpura trombótica idiopática.