



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## P-123 - PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE EN PACIENTE ASINTOMÁTICO

C. Crespo Cotillas<sup>a</sup>, J. Rodríguez Toboso<sup>a</sup>, G. Lorenzo<sup>b</sup>, M. Minuesa García<sup>a</sup>, M. Ruipérez Moreno<sup>a</sup> y N. Terrero<sup>c</sup>

<sup>a</sup>CS Zona 8. <sup>b</sup>CS Zona 1. <sup>c</sup>CS Zona 6.

### Resumen

**Descripción del caso:** La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es una enfermedad hematológica en la que el sistema inmune del paciente produce anticuerpos antiplaquetarios que destruyen las plaquetas y suprimen su producción en la médula ósea, los niveles de plaquetas se encuentran por debajo de 150.000/uL, por lo que, los pacientes con trombocitopenia inmune tienen un riesgo elevado de sangrado severo. La PTI afecta a personas de ambos sexos y todas las edades. Se estima que esta enfermedad afecta a 3,3/100.000 adultos por año, esta frecuencia está aumentando, en parte debido a que también se incluye el recuento de plaquetas en exámenes de sangre rutinarios. La clínica esta correlacionada con los niveles de plaquetas, en numerosas ocasiones la clínica es asintomática, hecho que dificulta su diagnóstico. Este caso trata de un paciente varón de 77 años sin alergias medicamentosas conocidas, como antecedentes personales padece diabetes mellitus tipo II, en tratamiento habitual con metformina 850 mg, Novonor, omeprazol 20 mg, Deprax y lorazepam; intervenido de herniorrafía inguinal derecha, sin hábitos tóxicos, acude a urgencias remitido desde Atención Primaria por alteración de resultado en analítica de rutina, 15.000 plaquetas, sin clínica aparente, asintomático en el momento de la consulta.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, afebril, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen normal, se objetivan petequias generalizadas en tronco y extremidades, mucosas hiperémicas sin visualizar sangrado activo, resto de exploración anodina. Como pruebas complementarias se solicita radiografía de tórax y abdomen sin alteraciones. En analítica de urgencias como resultado destaca: plaquetas 10.000, VPM 13,8, índice dispersión plaquetar 81,3, resto de valores dentro de la normalidad. En frotis de sangre periférica se observan plaquetas grandes y gigantes, sin agregados plaquetares, esquistocitos ni blastos. Se decide ingreso por parte de Hematología para estudio de la causa de la plaquetopenia, durante su estancia en planta se solicita estudio de anticoagulante lúpico que es negativo y serología de VHA, CMV IgG+ IgM-, VHC, VHB y VIH que son todos negativos, ecografía abdominal sin alteraciones, se solicita también estudio de autoinmunidad que da como resultado ANA positivo moteado, 1/640, Anti DNA(-), Ac anticardiolipina IgM e IgG(+), el paciente comienza tratamiento con prednisona 30 mg con mejoría analítica y desaparición de las petequias.

**Juicio clínico:** Púrpura trombocitopénica inmune.

**Diagnóstico diferencial:** Leucemia, hiperesplenismo, trombocitopenia secundaria a medicamentos son algunos diagnósticos a descartar.

**Comentario final:** En este caso se pone de manifiesto la importancia de las exploraciones complementarias para diagnosticar enfermedades que pueden pasar desapercibidas, con una prueba de bajo coste y fácil de realizar, como es una analítica sanguínea con hemograma, se puede identificar esta patología. Como conclusión, añadir también que es necesario descartar otras causas de trombopenia, por ello se debe valorar de manera integral los datos de la anamnesis, examen físico y exámenes de laboratorio para individualizar y administrar tratamiento y de esta forma evitar sangrados severos y otras complicaciones.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Eldor A. Thrombotic thrombocytopenic purpura: diagnosis pathogenesis and modern therapy. *Baillieres Clin Haematol.* 1998;11:475-95.