



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1415 - Púrpura trombocitopénica idiopática, a propósito de un caso

W.R. Ferrero Ohse^a, J. Gutiérrez Sainz^b, M. González Ruíz^c, L. López Mallavia^d, L. Barrio Fernández^e, M. Esparza Escayola^f, A. Linares Borges^g, M. Lara Torres^a, G.A. Sgaramella^h y C. Ballesteros Molinaⁱ

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Playa Blanca. Lanzarote. Las Palmas. ^cMédico de Familia. Servicio de

Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^dMédico de Familia. Centro de Salud

Liébana. Cantabria. ^eMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. ^fMédico de Familia. Sustituto

Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro

de Salud Alisal. Santander. Cantabria. ^hMédico de Familia. Servicio de Hospitalización a domicilio. Hospital

Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ⁱMédico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital

José Molina Orosa. Lanzarote. Las Palmas.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 30 años sin antecedentes personales de interés, valorada en el centro de salud por presencia de hematomas múltiples de aparición espontánea en miembros inferiores, tras haber estado andando en bicicleta en las horas previas. Asintomática. Sin signos ni síntomas de sangrado activo en ninguna localización. Es remitida a urgencias para valoración analítica y descartar alteraciones en coagulación.

Exploración y pruebas complementarias: En la analítica se objetiva una trombocitopenia severa sin agregados, con un recuento plaquetario de 17.000 plaquetas. El estudio de coagulación fue compatible con normalidad. El perfil férrico mostró un índice saturación de hierro 38, con hierro, ferritina y transferrina normales. La serología bacteriana (H. pylori y T. pallidum) negativa. La serología vírica (citomegalovirus, herpes, hepatitis, VIH, varicela zoster y Epstein-Barr) fue negativa. Ac antinucleares negativos. El grupo sanguíneo fue A+, con test Coombs directo negativo. Inmunoglobulinas normales. Elemental y sedimento urinarios compatible con normalidad. La ecografía abdominal no presentó hallazgos de interés. Se inició tratamiento con corticoides intravenosos y tras alta médica a nivel ambulatorio por vía oral, siguiéndose evolución desde el servicio de hematología, recuperando progresivamente niveles normales de plaquetas.

Juicio clínico: Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).

Diagnóstico diferencial: Leucemia aguda, aplasia medular, púrpura infecciosa, lupus, linfoma.

Comentario final: La PTI es una enfermedad autoinmune adquirida en la que se da una destrucción acelerada y una producción inadecuada de plaquetas mediada por autoanticuerpos. No existe ninguna prueba específica que pueda facilitarnos su diagnóstico, que es siempre por exclusión. La aproximación inicial se centra en la anamnesis, la exploración física, el hemograma y el examen de extensión de sangre periférica, con lo cual el papel del médico de Atención Primaria es fundamental en el diagnóstico. Podremos establecer el diagnóstico cuando se objeque una trombocitopenia

(recuento plaquetario menor de $100 \times 10^9/l$) con ausencia de enfermedad infecciosa aguda concomitante (mononucleosis infecciosa, hepatitis) y ausencia de patología sistémica de base (por ejemplo, lupus eritematoso sistémico, síndrome de inmunodeficiencia adquirido, linfoma). Si además de la trombocitopenia se objetiva anemia o leucopenia se deberá descartar patologías como leucemia aguda o aplasia medular. Si el paciente presenta una trombocitopenia aislada, se deberá descartar que sea secundaria a enfermedad de base (las más frecuentes son lupus eritematoso, infección por VIH, mononucleosis infecciosa y linfoma no Hodgkin) y los síndromes de insuficiencia medular. La PTI cursa con un aumento de riesgo hemorrágico que no siempre existe clínica hemorrágica. El objetivo del tratamiento es revertir y evitar la hemorragia, manteniendo la cifra de plaquetas en un nivel seguro ($> 20-30 \times 10^9/L$). Se inicia tratamiento según las manifestaciones hemorrágicas y la cifra de plaquetas ($< 20 \times 10^9/L$), con glucocorticoides, reservándose las inmunoglobulinas intravenosas para pacientes con hemorragia grave.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité Nacional de Hematología. Púrpura trombocitopénica inmunitaria. Guía de diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr. 2010;108(2):173-8.
2. Cines DB, Bussel JB. How I treat idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). Blood. 2005;106(2):244-51.
3. Provan D, Stasi R, Newland AC, et al. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. Blood. 2010;115:168-86.