



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2121 - Debut de Púrpura Trombocitopénica IDIOPÁTICA en el EMBARAZO

A. Ocaña Granados<sup>a</sup>, S. Pueyos Rodríguez<sup>b</sup>, L. Lozano Romero<sup>c</sup>, J.M. Montero López<sup>d</sup> y J. Jurado Ordóñez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Centro. Zona Sur II. Granada. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Este. Zona Sur II. Granada. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 24 años, colombiana, residente en España, sin antecedentes familiares de interés y con trastornos menstruales (metrorragia y ciclos irregulares) como antecedentes personales. Consulta por astenia, náuseas matutinas y epistaxis espontáneas frecuentes.

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración física es anodina, sin exantemas, afectación neurológica, esplenomegalia ni adenopatías. Se solicita analítica completa, tratamiento habitual en embarazo y se cita para ver los resultados. Se constata entonces, que la paciente está embarazada y tiene una plaquetopenia de 72.000/mm<sup>3</sup>. Una vez descartado el uso de medicamentos y cuadro infeccioso se remite a Hematología. Se solicita coagulación; Con recuento plaquetario de 72.000/mm<sup>3</sup>, tiempo de sangría prolongado; tiempo de protrombina prolongado; tiempo de tromboplastina parcial activada prolongado, anticuerpos antiplaquetarios IgG positivos, ANAs negativos, serología viral negativa, ecografía abdominal normal y biopsia de medula ósea (PAMO) con recuento normal de megacariocitos. La evolución es favorable con hemograma de control de 92.000 plaquetas, por lo que procede alta con controles en Hematología. En el tercer trimestre, se detecta plaquetopenia de 17.000/mm<sup>3</sup>. Se instaura tratamiento con prednisona y se remite de nuevo a Hematología. La respuesta al tratamiento no es la adecuada por lo que se ingresa para tratamiento con corticoides intravenosos y gammaglobulinas. Se realiza interconsulta con Medicina Fetal para programar el parto por el posible riesgo de hemorragia. Parto sin complicaciones, se va de alta y se cita en consulta de Hematología. Su médico de familia la cita antes para nuevo control analítico, comentar las opciones terapéuticas disponibles y aconsejarle uso de un método de anticoncepción definitivo.

**Juicio clínico:** Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).

**Diagnóstico diferencial:** Las causas más frecuentes de trombocitopenia inmunológica son las infecciones, los fármacos y procesos autoinmunitarios. Si la trombocitopenia se acompaña de anemia o leucopenia, deberán descartarse otras patologías, fundamentalmente leucemia aguda y aplasia medular. Si el paciente presenta trombocitopenia aislada, deberá descartarse que sea secundaria a lupus eritematoso, VIH, mononucleosis infecciosa y linfoma no Hodgkin. Si los estudios complementarios no muestran una causa evidente para la trombocitopenia, el diagnóstico diferencial

se deberá realizar fundamentalmente con algunos síndromes de insuficiencia medular y trombocitopatías hereditarias.

**Comentario final:** La PTI, es un trastorno autoinmune caracterizado por plaquetopenia, acompañada habitualmente de diátesis hemorrágica en forma de petequias y equimosis en piel y mucosas. Se han descrito formas agudas y crónicas: las agudas se observan más frecuentemente en niños. Las crónicas afectan principalmente a mujeres adultas durante más de 6 meses. La prednisona y las inmunoglobulinas intravenosas siguen siendo la primera línea tratamiento. La esplenectomía es la mejor alternativa para formas crónicas recidivantes. Los tratamientos con rituximab y agonistas del receptor del tromboproteína dan resultados prometedores aunque inciertos, principalmente por las contraindicaciones y los efectos secundarios.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, et al. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª edición.