



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/3062 - PTI SECUNDARIA A VHC

C. Aguilar Ballesteros^a, I. Valencia Jiménez^b y M. Laynez Gallego^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Loreto-Puntales. Cádiz.

^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Loreto Puntales. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años que acude a su MAP solicitando analítica rutinaria. AP: obesidad con pérdida de 50 kg de peso en los dos últimos años. Intervenida de patología mamaria benigna. Fumadora de 1 paquete al día. La paciente es profesora de Educación Física y nos comenta además que desde hace unos días ha notado hematomas, inclusive en las palmas de las manos que asocia a los pequeños traumatismos al realizar deporte. Solicitamos analítica y citamos para recogida de resultados y revisión de los hematomas. Tras objetivarse cifras de plaquetas inferiores a 17.000 se remite a la paciente al Hospital donde posteriormente es ingresada por Hematología que diagnostica de PTI. Se realizan diversas pruebas para intentar esclarecer la causa, llegándose al diagnóstico de PTI secundaria a VHC crónico. Tras tratamiento del mismo la PTI desaparece. En la actualidad la paciente se encuentra asintomática.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: 17.000 plaquetas, GOT 36, GPT 48. Rx tórax: sin alteraciones. Eco abdomen: ligera esteatosis hepática. ANA y JAK 2 negativos. Vit B12 y ácido fólicos normales. Aspirado de M.O: megacariocitos moderadamente aumentados y con ligero retraso madurativo. Sugestivo de PTI. Biopsia M.O.: sin fibrosis. Serología: Virus IgG VEB positivo, VIH negativo, CMV negativo, Anti-VHC positivo, RNA VHC 19.243 UI/ml. Fibroscan: sin fibrosis significativa.

Orientación diagnóstica: PTI secundaria a VHC crónico.

Diagnóstico diferencial: Anemia aplásica, deficiencia fólico/vit B12, síndrome mielodisplásico, otras causas de trombocitopenia.

Comentario final: La trombocitopenia es un hallazgo frecuente en pacientes con infección crónica por VHC. Parece existir una relación entre infección por VHC y la PTI de esta forma, se estima que alrededor del 20% de los pacientes diagnosticados de PTI presentan serología positiva para el VHC. La trombocitopenia asociada a la hepatitis C crónica puede ser debida a la disminución de la producción de trombopoyetina hepática, la mielosupresión inducida por el VHC y el hiperesplenismo. El tratamiento pasa en este caso por tratar el VHC que gracias a los nuevos fármacos disponibles es ahora más eficaz y definitivo.

Bibliografía

1. Segna D, Dufour JF. Other Extrahepatic Manifestations of Hepatitis C Virus Infection (Pulmonary, Idiopathic Thrombocytopenic Purpura, Nondiabetes Endocrine Disorders). Clin Liver Dis. 2017;21(3):607-29.

Palabras clave: Hepatitis C. Púrpura trombocitopénica.