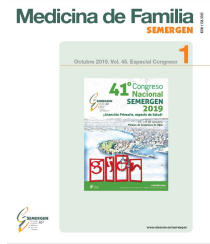




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3030 - TROMBOPENIA AUTOINMUNE: DE LA ANALÍTICA A LA CLÍNICA

V. García San Fulgencio¹, E. Romero Cantero¹, M. Rangel Tarifa² y T. Mena Díaz¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ²Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 56 años, hipertensa, amigdalectomía hace unos treinta años que requirió transfusión sanguínea. Solicitamos analítica de seguimiento por hipertensión: plaquetopenia (92.000 plaquetas/ mm^3) sin alteración en otras series. Número de plaquetas en analíticas previas en rango. Exploración completa normal, sin objetivarse hepatoesplenomegalia. Decidimos repetir hemograma y solicitar frotis. A las dos semanas, en consulta programada la paciente refiere poliartralgias de articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas bilaterales desde hace cuatro semanas, pero sin clínica relacionada con la trombopenia. En el hemograma se objetiva descenso marcado del número de plaquetas (80.000 plaquetas/ mm^3). Frotis sin alteraciones. Realizamos seguimiento analítico de trombopenia y pautamos tratamiento analgésico con paracetamol, evitando AINEs y AAS, indicándole a la paciente que vuelva en 2 semanas. Los dolores articulares han cedido, refiere bultoma laterocervical-submaxilar izquierdo, sin fiebre, dolor ni foco aparente que junto con exploración física orientamos como adenopatía. Analítica de control: trombopenia en descenso (60.000 plaquetas/ mm^3), y niveles elevados de GOT (53), GPT (63) y GGT (37). Interrogando a la paciente descartamos nuevamente exposición a hepatotóxicos, alcohol, fármacos o productos de herboristería, negando contactos sexuales de riesgo, pinchazos excepto transfusión sanguínea hace más de treinta años. Solicitamos serología de virus hepatotropos, detectándose AcVHC + positivos con negatividad de otros marcadores infecciosos. Derivamos a digestivo. RNA-VHC(1b) positivo, y títulos altos de AntiLKM1. Diagnosticada de hepatitis crónica, sin poder determinar si la causa es VHC o hepatitis crónica autoinmune tipo 2. Se realiza tratamiento con sofosbuvir-ledipasvir consiguiendo negativización de RNA-VHC y ANTILKM-1, aumento de cifras de plaquetas hasta corregir plaquetopenia, sospechándose autoinmunidad secundaria a VHC como causa de plaquetopenia y AntiLKM1+. Actualmente RVS y estable en seguimiento en nuestra consulta.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: hemograma, perfil hepático, serología vírica.

Orientación diagnóstica: Plaquetopenia autoinmune secundaria a VHC.

Diagnóstico diferencial: Hepatitis autoinmune. Infecciones: VEB-CMV-VHB-VIH-parvovirus B19. PTI primaria. Hiperesplenismo.

Comentario final: Un hallazgo analítico aislado que en principio podría carecer de mayor importancia, nos permite diagnosticar una infección crónica por VHC gracias al seguimiento estrecho del que gozamos los médicos de familia. El amplio diagnóstico diferencial de la

trombopenia es complejo, aunque una adecuada anamnesis, incidiendo en AP, apoyado por una exploración minuciosa y pruebas complementarias oportunas permiten un diagnóstico preciso.

Bibliografía

1. García-Reyes B, et al. Trombocitopenia inmune primaria. El-Residente. 2015;10(3):154-65.

Palabras clave: VHC. Trombopenia. Autoinmunidad.