



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/946 - Trombocitopenia autoinmune

G. Alonso Sánchez y M.J. Fernández Rodríguez

Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Área VI Noroeste. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años que consulta por sangrado sublingual y de la mucosa oral de 48 horas de evolución, y una púrpura petequiral en miembros inferiores. Mínimos hematomas en tronco sin signos de sangrado en otra localización. No refiere antecedente infeccioso reciente ni toma de medicamentos nuevos. Antecedentes personales: diabética tipo 2 con buen control en tratamiento con Velmetia (sitagliptina-metformina). No hábitos tóxicos, ni alergias medicamentosas conocidas. Cirugías: hernia umbilical intervenida en 2013.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, eupneica. Normocoloreada y normohidratada. Pequeños hematomas cutáneos en zonas de presión. ORL: dos hematomas en reborde lingual. Hematoma en mucosa geniana derecha y pequeña herida con restos de sangrado en la encía del primer molar superior derecho. ACP: rítmica y sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. Globuloso por zona de eventración supraumbilical. No visceromegalias ni masas. No adenopatías. MMII: púrpura petequiral en ambos miembros inferiores hasta rodilla. No edemas. Neurológico: Sin déficit aparente. Se consideró ingreso para iniciar tratamiento con metil-prednisolona a dosis de 1 mg/kg/día, con discreto aumento de la cifra de plaquetas al alta. Durante el ingreso no presenta nuevos sangrados. La corticoterapia requirió ajuste del tratamiento de la diabetes con insulina. Hemograma: leuco 8740 (FN), Hb 12,7, VCM 87, plaquetas 3.000, TCD negativo. Coagulación: AP 96%. TTPAr 0,8. Bioquímica: glucosa 175, creatinina 0,51, Na 139, K 4,2, Ca 9,6, P 6,3, Bt 1,2, GOT 20, GPT 20 GGT 16, ColT 191, TAG 182, Fe 78, ferritina 23, folato 13, VitB12 436, T4L 1,14, TSH 0,98. Proteinograma normal. Marcadores tumorales: en valores normales. Serología víricas: VHA, VHB, VHC negativas. Radiografía tórax normal. Eco abdomen: quistes renales parapiélicos, resto normal.

Juicio clínico: Trombocitopenia de probable causa autoinmune.

Diagnóstico diferencial: Trombopenia secundaria a fármacos, secundaria a infección viral, síndrome de Evans, CID. Otras trombopenias autoinmunes como: lúes con afectación neurológica, hemoglobinuria paroxística nocturna con complicaciones trombóticas, anemia hemolítica microangiopática en pacientes con metástasis, especialmente en el carcinoma gástrico.

Comentario final: La trombocitopenia, definida como un recuento de plaquetas por debajo de 150.000, se presenta por falta de producción de las plaquetas o por aumento en la destrucción de las mismas. En todos los casos en donde se detecte trombocitopenia, el primer paso es descartar una posible seudotrombocitopenia. Una vez confirmada la trombocitopenia, es importante, con la ayuda de la clínica y los estudios complementarios, esclarecer la etiología antes de iniciar cualquier tratamiento. Características que definen la

trombocitopenia autoinmune: trombocitopenia periférica, con normalidad de las otras series. Presencia de autoanticuerpos plaquetarios. Los receptores de las plaquetas también están presentes en los megacariocitos, por lo que habrá aumento de la destrucción y disminución de la formación. Ausencia de enfermedad subyacente (diagnóstico de exclusión). Para su diagnóstico es necesario que la serología: VIH, VHC, VHB, Epstein-Barr, CMV, parvovirus B19 sea negativa y Ig para descartar colagenosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams CS. Thrombocytopenia. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine. Arch Argent Pediatr. 2010;108(2):173-8.