



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2606 - Trombopenia y Herpes Zoster

T. Crespo Reyes^a, J.L. Ávila Guerrero^b, M. Sánchez Espejo^c y A. Calabria Rubio^d

^aMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Poniente. Córdoba. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Poniente. Córdoba. ^cMédico Residente de 2º año. Centro de Salud Poniente. Córdoba. ^dMédico Residente de 4º año Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 84 años con antecedentes de HTA, insuficiencia tricuspídea leve, síndrome vertiginoso, arteritis de la temporal, apendicectomizada y alérgica a metamizol. Acude a su centro de salud por hematomas múltiples en distintas zonas corporales espontáneos desde hace dos días, no recuerda traumatismo previo. En la última visita al centro de salud había consultado por aparición de lesiones vesiculosas en hemitórax izquierdo sugestivas de herpes zoster, por las que se inició tratamiento con aciclovir oral y pregabalina.

Exploración y pruebas complementarias: TA 117/66 mmHg, FC 80 lpm, saturación (FiO2 0,21 l) 97%, Tª 37 °C. Buen estado general, bien hidratada y perfundida. Cabeza y cuello sin adenopatías ni bocio. ACR con tonos rítmicos con soplo sistólico IV/VI más intenso en foco aórtico. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin signos de peritonismo, con ruidos hidroaéreos conservados. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de TVP. En zona costal izquierda lesiones papulares, costrosas de distribución metamérica. Múltiples hematomas, que no desaparecen con la digitopresión en miembros inferiores y superiores, tórax y cabeza. No petequias. Analítica de urgencia en centro de salud: Hb 12,8 g/dl, VCM 95, 5.600 leucocitos con fórmula normal, plaquetas 8.000/mm³. Coagulación y bioquímica dentro de la normalidad. Ante los hallazgos analíticos encontrados se deriva a Hospital de referencia para valoración urgente. Tras confirmar trombopenia, es valorada por el Servicio de Hematología quien deriva al alta domiciliaria con tratamiento con prednisona a razón de 1,5 mg/día durante 15 días y posterior pauta de retirada y cita para revisión ambulatoria en días posteriores con realización de nueva pruebas complementarias consistentes en hemograma, bioquímica, proteinograma, cuantificación de inmunoglobulinas y punción-aspiración de médula ósea con resultado dentro de la normalidad todas ellas, excepto plaquetas 120.000/mm³ que evolucionaron de manera favorable en el siguiente control analítico.

Juicio clínico: Púrpura trombocitopénica inmune probablemente secundaria a infección herpética.

Diagnóstico diferencial: Debe establecerse mediante distintas pruebas complementarias, tales como hemograma que permite descartar alteración de otras series, frotis sanguíneo para descartar pseudotrombopenia; estudio de médula ósea para descartar infiltración medular; el estudio de coagulación puede orientar hacia una CID o síndrome antifosfolípido; función hepática para descartar hepatopatía crónica asociada a hiperesplenismo; estudio de autoanticuerpos para descartar colagenosis, vasculitis, PTT y PTI, entre otras enfermedades autoinmunes; serología vírica; TC de abdomen o ecografía para descartar hiperesplenismo; trombopatías congénitas y otras adquiridas inducidas por fármacos o disproteinemias, entre

otras.

Comentario final: La trombocitopenia con cifras de recuento plaquetario por debajo de 10.000 céls/mm^3 es un entidad grave, que cursa con un elevado riesgo de sangrado, de ahí la importancia de llegar al diagnóstico y establecer el tratamiento oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trombopenia. En: Rodríguez García JL, coord. Green Book diagnóstico, tratamiento médico. Madrid: Marbán; 2013. p. 1711-8.
2. Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Sánchez JI, et al. Leucopenia, trombopenia y pancitopenia. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid: MSD; 2007. p. 923-30.