Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):19

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1362 - ADIÓS a las plaquetas

N. Martínez Navarro[a], C. García Balsalobre[b], E. Cañada Cámara[a], M. Pons Claramonte[c], A.C. Coman[d], A. Cebrián Cuenca[a] y L. Navarro Muñoz[e]

[a]Médico de Familia; [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. [c]Médico de Familia. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Valencia. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena Casco. Cartagena. [e]Médico Adjunto del Centro de Salud San Diego. Lorca..

Resumen

Descripción del caso: Mujer marroquí de 31 años tratada con anticonceptivos por metrorragias, que consulta en Atención Primaria por gingivorragia tras cepillado y metrorragia de 12 días de evolución objetivándose palidez evidente. En analítica previa se constata función hepática y hemograma normales por lo que se deriva a urgencias. En la sala de espera sufre síncope vasovagal, que precisa sueroterapia y 1mg adrenalina para su recuperación.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: palidez mucocutánea, piel seca y deshidratada. Petequias en párpado superior derecho, región perioral y lesiones purpúricas en miembros inferiores. Abdomen: hepatomegalia no dolorosa de un través de dedo. Resto normal. Analítica: destaca plaquetas: 1×10^9/L, anemia microcítica hipocrómica (Hb 6,5 g/dl) decidiéndose transfusión plaquetaria e ingreso. Frotis sanguíneo: anisocitosis hipocromía; linfocitos activados, no blastos; trombopenia confirmada con sospecha de trombocitopenia inmune primaria. Fibrinógeno 438 mg/dl. Fe 19 µg/dl, IST4%, ANAs 1,27 AcantiRo 7,4. Test de Coombs directo y resto negativos. Serología: AcHBs 432, AcHBcT+ y AcHBe+ (infección pasada y seroconvertida). Ecografía abdominal: hígado de 17,5 cm y ecogenicidad homogénea. Leve ectasia del sistema pielocalicial bilateral no obstructiva. Se trató con dexametasona (40 mg/d × 4 días) e inmunoglobulinas a altas dosis (× 5 días), observando ascenso de plaquetas (111×10^9/L al alta) y desaparición progresiva de las manifestaciones hemorrágicas.

Juicio clínico: Trombopenia inmune primaria.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico diferencial: Púrpuras trombopénicas por disminución en la producción plaquetaria (congénitas o adquiridas: anemia aplásica, síndrome mielodisplásico, fármacos o radiación...), destrucción plaquetaria (trombocitopenia inmune primaria, enfermedades autoinmunitarias como lupus, VIH, trombocitopenia por fármacos), síndromes por consumo combinado de plaquetas y fibrinógeno (coagulación intravascular diseminada, virus...) y por alteración de la distribución plaquetar: (hiperesplenismo, quemaduras...).

Comentario final: Ante el hallazgo de lesiones purpúricas es vital realizar analítica urgente para valorar el riesgo de sangrado del paciente y tratar precozmente para evitar complicaciones; primando siempre la situación clínica del mismo más que la cifra de plaquetas.

Bibliografía

1. Chosamata BI. The management of immune thrombocytopenic purpura. Malawi Med J. 2015;27:109-12.
2. Komatsu N. Recent progress of diagnosis and treatment for immune-mediated hematological diseases. Topics: III. Diagnosis and treatment; 1. Immune thrombocytopenic purpura (immune thrombocytopenia). Nihon Naika Gakkai Zasshi. 2014;103:1593-8.

Palabras clave: Purpura. Thrombocytopenic. Idiopathic.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.