



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1362 - ADIÓS a las plaquetas

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

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. <sup>c</sup>Médico de Familia. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Valencia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena Casco. Cartagena. <sup>e</sup>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:  $1 \times 10^9/L$ , 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 ?g/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  $\times$  4 días) e inmunoglobulinas a altas dosis ( $\times$  5 días), observando ascenso de plaquetas ( $111 \times 10^9/L$  al alta) y desaparición progresiva de las manifestaciones hemorrágicas.

**Juicio clínico:** Trombopenia inmune primaria.

**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.