Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):25

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1688 - ¿Herpes Zoster o Púrpura Trombocitopénica Autoinmune?

G. Olszewska

Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años, natural de China, sin antecedentes de interés ni alergias, acude a su Médico de Atención Primaria por presentar desde hace 7 días una lesión vesiculosa violácea de 5 mm en el 1er dedo de mano izquierda, sin otra clínica, relacionando la lesión con picadura de un insecto. Refiere episodios semejantes anteriormente con resolución espontánea. Se inicia antibioterapia con amoxicilina/clavulánico. El paciente vuelve a los 3 días por aparición de 2 lesiones nuevas. Se solicita analítica de sangre y con sospecha de origen vírico se deriva a las consultas de Dermatología donde está visto a los 4 días observando lesiones de herpes zoster evolucionado en mano izquierda, además múltiples petequias diseminadas. Revisando analítica solicitada en Atención Primaria se objetiva trombopenia grave. Se comenta con Hematología decidiendo ingreso y tratamiento con inmunoglobulinas y prednisona 60 mg/k/día hasta obtener 32 × 10^3/µL de plaquetas a las 72 horas. Dado de alta con diagnóstico de probable trombopenia inmune primaria grave, tratamiento con corticoides y seguimiento por Hematología.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Lesiones vesiculosos en mano izquierda. Petequias diseminadas en pliegues, zonas de presión y en MMII. Lesiones costrosas en MSI de carácter residual. Hematoma en región maleolar interna. ACP: rítmico sin soplos, MVC. Abdomen blando, depresible, no doloroso. No masas ni organomegalias. Analítica de sangre: plaquetas 4 × 10^3/µL. Serología: patrón de hepatitis B pasada y curada. Anti VIH, VHC, Toxoplasmosis IgG, CMV: negativos. Radiografía de tórax: sin alteraciones.

Juicio clínico: Púrpura trombocitopénica autoinmune.

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

Diagnóstico diferencial: Herpes zoster, púrpura traumática, celulitis por picadura de insecto.

Comentario final: La trombocitopenia inmune primaria (PTI) es una enfermedad autoinmune adquirida. La patogenia se basa en destrucción acelerada y producción inadecuada de plaquetas mediada por autoanticuerpos. No existen pruebas diagnósticas específicas, el diagnóstico es por exclusión. El tratamiento de primera línea son glucocorticoides e inmunoglobulinas IV. Además, hay que subrayar la importancia de revisión de las pruebas complementarias por el médico solicitante, o en alternativa, un sistema de aviso directo desde el laboratorio para un diagnóstico adecuado y tratamiento eficaz.

Bibliografía

1. Provan D, Stasi R, Newland AC, Blanchette VS, Bolton-Maggs P, Bussel JB, et al. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. Blood. 2010;115:168-86.

Palabras clave: Plaquetas. Trombopenia. Autoinmune. Herpes zoster.

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