

347/3831 - PLAQUETOPENIA EN URGENCIAS

M. Pulido Sabidó^a, M. de Luca^b y A. Benavides Lanzas^c

^aMédico Residente de 2º año. CAP Terrassa Sud. Barcelona. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UDM Mútua de Terrassa. Barcelona. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Terrassa Rambla. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años, que como único antecedente presenta parálisis facial periférica hace 1 mes, resuelta con corticoides. Consulta en atención primaria por artralgias en manos de reciente evolución, solicitando analítica que evidencia plaquetopenia de $29 \times 10^9/L$, motivo por el cual se deriva a urgencias, donde la paciente refiere hematomas en piernas y metrorragias de 5 meses de evolución. Niega otros sangrados activos, clínica infecciosa los días previos o introducción de nuevos fármacos. En urgencias se confirma plaquetopenia y se detecta anemia microcítica (probablemente secundaria a metrorragias), sin otras alteraciones relevantes, por lo que se realiza interconsulta con Hematología. Es orientada como posible trombocitopenia inmune primaria (PTI), iniciándose corticoterapia a dosis de 1 mg/kg/día, logrando al alta ascenso de plaquetas a $40 \times 10^9/L$. En consulta de Hematología de seguimiento, se realiza estudio de autoinmunidad (ANAs, FR, B27, proteinograma) con resultados negativo y serológico (CMV, VHB, VHC, VIH), objetivándose positividad para VIH, confirmada posteriormente con una segunda determinación analítica. Finalmente se orienta como PTI secundaria a infección por VIH, iniciando Genvoya® tras titulación de linfocitos CD4 y carga viral. Actualmente, la paciente se encuentra en seguimiento ambulatorio por Infecciosas y Hematología.

Exploración y pruebas complementarias: Hematomas en extremidades. Analítica: $29 \times 10^9/L$ plaquetas. Test VIH: positivo. Resto sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: PTI secundaria a VIH.

Diagnóstico diferencial: Según el mecanismo de la trombocitopenia: 1) no inmune (congénitas, enfermedades de la médula ósea, microangiopatía trombótica, hepatopatía crónica...) o 2) inmune (postransfusional, infecciones, farmacológico...).

Comentario final: La PTI primaria se define por un recuento plaquetario $100 \times 10^9/L$, en ausencia de otras enfermedades que la justifiquen. Ante la sospecha de PTI se deben descartar causas secundarias, especialmente enfermedades infecciosas (obligatoriamente VIH, VHB y VHC), carencias nutricionales o fármacos. El estudio de extensión de sangre periférica descarta la pseudotrombocitopenia, siendo el diagnóstico de PTI de exclusión. El tratamiento se basa en corticoides, asociados a inmunoglobulinas en caso de contraindicación de éstos o inestabilidad hemodinámica.

Bibliografía

1. Mathias SD, et al. A disease-specific measure of health-related quality of life for use in adults with immune thrombocytopenic purpura: its development and validation. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:11.

Palabras clave: Plaquetopenia. Trombocitopenia inmune primaria. Púrpura trombótica idiopática.