



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4374 - TROMBOCITOPENIA EN INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS

M. Menarguez Arnaldos^a, L. Puebla Manzanos^b, J. García Egea^a y T. Puche Bolarín^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera. Murcia. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 33 años que acude al centro de salud por clínica de malestar general, febrícula y odinofagia de 2 días de evolución. No ha presentado vómitos ni diarrea. No refiere viajes al extranjero, ni tampoco conductas de riesgo (sexuales, drogas). Durante las pruebas complementarias se observa una plaquetopenia de 72.000/uL.

Exploración y pruebas complementarias: Se le realiza una exploración básica y solamente destaca aftas en paladar blando. Se pide hemograma, bioquímica y orina. Al acudir de nuevo, se aprecia tinte icterico y aumento de las enzimas hepáticas: GOT 343, GPT 682; plaquetas 202.000. Ante la sospecha de un síndrome mononucleósido, se pide serologías para CMV y VEB. Resultados: CMV IgM+, IgG+ y VEB IgG+. GOT 407, GPT 870, GGT 350, FA 104; plaquetas: 72.000. Se realiza hemograma y bioquímica de control, resultando: GOT 133, GPT 378, GGT 213, plaquetas 16.000. Ante el empeoramiento de la plaquetopenia y, aunque no se observa clínica de sangrado actual, se deriva a urgencias para descartar una trombocitopenia por CMV. Se comprueba cifras de plaquetas con tubo de citrato, siendo el resultado de 113.000. Se diagnostica de pseudotrombocitopenia con leve trombopenia.

Orientación diagnóstica: Probable trombocitopenia por CMV.

Diagnóstico diferencial: Trombocitopenia, pseudotrombocitopenia.

Comentario final: La infección aguda por CMV suele dar un síndrome mononucleósido caracterizado por malestar general, fiebre y linfocitosis absoluta con linfocitos atípicos en sangre periférica. Hay otras anomalías que podemos encontrar: anemia, bajos niveles de haptoglobina, crioaglutininas, aumento FR, ANA +, trombocitopenia o CID. Un recuento plaquetario 50.000/uL confiere un mayor riesgo de hemorragia y la instauración de tratamiento urgente. La posibilidad de pseudotrombocitopenia debe descartarse antes de realizar otra evaluación. Puede diagnosticarse mediante la revisión del frotis de sangre periférica (satelitismo plaquetario) y la repetición del hemograma utilizando un anticoagulante no EDTA. En numerosas ocasiones, no se considera este juicio clínico como principal diagnóstico diferencial. Es por ello que debemos sospecharla siempre ante una trombocitopenia de novo.

Bibliografía

1. Van Spronsen DJ, Breed WP. Cytomegalovirus-induced thrombocytopenia and haemolysis in an immunocompetent adult. Br J Haematol. 1996;92:218.

2. Simpson JD, Matthews GV, Brighton TA, et al. Cytomegalovirus-associated thrombocytopenia treated with thrombopoietin receptor agonist. Intern Med J. 2016;46:1096.

Palabras clave: Pseudotrombocitopenia. Trombocitopenia. Citomegalovirus.