



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1382 - CÓMO ORIENTAR AL PACIENTE CON TROMBOCITOSIS

G. Córdoba Quishpe¹, M. Campos López-Carrión², M. Sales Herreros³ y M. Llena⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ³Médico de Familia. Centro de Salud Cirajas. Madrid. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Fresnos. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 82 años, exfumador, que acude a consulta de Atención Primaria por astenia y pérdida de 5 Kg de un mes de evolución. No fiebre ni ninguna otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: FC 85 lpm, TA 120/85 mmHg, SatO2 98%, T^a 36,8 °C. ACP: normal. Solicitamos analítica, destaca trombocitosis 997.000/?L (confirmada en segunda analítica), resto anodino. Derivamos a Medicina Interna para valoración. Una semana más tarde, vuelve consultando por tos con expectoración amarillenta. Solicitamos Rx torácica, donde se objetivan posible masa en LID. El frotis sanguíneo no muestra otras alteraciones. En el TAC body, se objetiva masa en LID y adenopatías paratraqueales, sospechosas de malignidad. Se completa estudio (broncoscopia, biopsia y citología), confirmándose adenocarcinoma pulmonar. En el estudio genético se objetiva translocación ALK. Actualmente el paciente realiza seguimiento por Oncología Médica, en tratamiento con un inhibidor de la tirosina-kinasa-ALK.

Orientación diagnóstica: Trombocitosis secundaria a adenocarcinoma pulmonar.

Diagnóstico diferencial: La trombocitosis es mayoritariamente secundaria/reactiva: neoplasia (cáncer pulmonar, digestivo, ginecológico), trastornos inflamatorios crónicos (AR, enfermedad inflamatoria intestinal, tuberculosis), infección aguda, hemorragia, déficit de hierro (la causa más frecuente es la ferropenia en mujeres en edad fértil o personas con déficits alimentarios), hemólisis, esplenectomía, fármacos. El ejercicio intenso, la recuperación medular tras tratamiento con B12 o quimioterapia son causas transitorias. Siempre hay que descartar etiología hematológica (TH): trombocitosis esencial, policitemia vera, LMA, SMD.

Comentario final: La trombocitosis (> 450.000/?L) es frecuente y suele ser un hallazgo casual. Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial por sus implicaciones pronósticas y terapéuticas. En el estudio inicial hay que repetir el hemograma y un frotis sanguíneo. Otras pruebas a realizar son estudio de anemias, PCR, VSG, estudios citogenéticos. En los pacientes en los que se diagnostica una causa probable de trombocitosis reactiva, no es necesario otros estudios. El diagnóstico de la TH requiere biopsia medular. Se debe realizar siempre una completa anamnesis y exploración física del paciente y excluir complicaciones secundarias (hemorragia, trombosis). La necesidad de tratamiento viene determinada por la clínica y sobre todo por los síntomas de alarma. Las paraneoplásicas no precisan tratamiento específico, sino el de la causa subyacente.

Bibliografía

1. Tefferi A. Approach to the patient with thrombocytosis. UpToDate, 2019. (Acceso Julio 4, 2019). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-thrombocytosis>
2. Lin RJ. Paraneoplastic thrombocytosis: the secrets of tumor self-promotion. Blood. 2014;124(2):184-7.

Palabras clave: Trombocitosis secundaria. Adenocarcinoma.