

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

## 424/1757 - DOCTORA, MÍREME ESTAS MANCHAS

M. Rodríguez de Viguri Díaz<sup>1</sup>, C. Pérez Peñarrubia<sup>2</sup>, M. Paniagua Merchán<sup>3</sup> y A. Martínez-Lozano Ordovás<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Caridad. Murcia.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. Murcia.<sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia.

<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 70 años, no alergias medicamentosas conocidas. Exfumadora 3 cig/día durante 40 años. Hipertensión arterial. Asma. Ablación-cierre orejuela izquierda en 2004 por fibrilación auricular. Hemangioma L1. Nódulo suprarrenal izquierdo de 3 × 2,25 mm en seguimiento. Tratamiento: ramipril 2,5 mg/12h, flecainida/24h, simvastatina 20 mg/24h, formoterol/beclometasona 1/12h. Consulta por la aparición de hematomas espontáneos en mucosa yugal, abdomen y extremidades hace 24 horas. Asocia expectoración herrumbrosa escasa. Niega traumatismo previo. Comenta tartrectomía por odontólogo hace 48 horas. No presenta fiebre, dolor, torácico, disnea, palpitaciones ni otra clínica asociada. No cambios en su medicación habitual.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes: TA 166/70 mmHg FC 113 lpm. T<sup>a</sup> 36,7 °C. Buen estado general. Normocoloreada y normohidratada. Eupneica en reposo. Clínica y hemodinámicamente estable. ORL: lesiones pultáceas en encías inferiores, pápula de contenido hemático en mucosa interna. AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC sin estertores patológicos. Abdomen: destaca hematoma en flanco izquierdo de 3 cm. Resto normal. MMII: no edemas ni signos de TVP. Ante los hallazgos clínicos se deriva a la paciente a urgencias hospitalarias. Analítica en urgencias: plaquetas indetectables. Hb 14,8 mg/dL, Hto 44%, hematíes  $4,92 \times 10^{12}/\text{L}$ . VCM 90. Leucocitos  $13,03 \times 10^9/\text{L}$  con fórmula normal. Bioquímica con perfil hepático sin alteraciones.

**Orientación diagnóstica:** Ante la sospecha de trombocitopenia autoinmune primaria se inicia tratamiento en urgencias con inmunoglobulina y corticoterapia 1 mg/kg, presentando mejoría progresiva de los parámetros analíticos hasta alcanzar 20.000 plaquetas en 3 días y ser dada de alta.

**Diagnóstico diferencial:** Pseudotrombocitopenia. Hepatopatía. Coagulación intravascular diseminada.

**Comentario final:** La trombocitopenia inmune primaria ocurre por la activación de mecanismos autoinmunes que conducen a la destrucción y subproducción de las plaquetas con un recuento  $100 \times 10^9/\text{L}$  en ausencia de otros problemas o enfermedades que lo justifiquen, aumentando así el riesgo de hemorragia. Destaca la importancia de la exploración física en la consulta de Atención Primaria, ya que los pacientes pueden encontrarse desde asintomáticos hasta presentar fatiga, disminución de la calidad de vida y sangrado. El diagnóstico es de exclusión.

### Bibliografía

1. Sanz MA, Carreras E. Manual Práctico de Hematología Clínica, 5<sup>a</sup> ed; Antares; 2015.

**Palabras clave:** Hematomas. Púrpura. Trombopenia.