

424/2903 - TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA

C. Pérez Almendro¹, P. Méndez García² y G. Barrero Morcillo³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Tórtola. Valladolid.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Tudela de Duero. Valladolid.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años, sin alergias medicamentosas y antecedentes de esteatosis hepática, HTA, hiperuricemia, insuficiencia respiratoria con patrón restrictivo, atelectasia. Acude al centro de salud porque lleva cuatro días con esputos hemoptoicos, no coincidiendo con cuadro catarral, fiebre, astenia, sudoración. No náuseas ni vómitos. Refiere sangrado por la nariz y sangrados con las deposiciones, con heces de color negro. Niega tratamientos nuevos.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado y colaborador. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: blando, depresible, globulosos, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Mate a la percusión. Murphy y Blumberg negativos. No signos de ascitis. Neurológica: normal. Piel: petequias por tronco y extremidades, hematomas en zona submamaria izquierda. Petequias en mucosa oral. Hemograma: Hemoglobina 16 g/dl, leucocitos $6,7 \times 10^9/L$. Plaquetas $1 \times 10^9/L$. Bioquímica normal. Coombs directo: negativo. Autoanticuerpos negativos. Proteinograma: gammaglobulinas 35,8%. Serología VHC, VHA, VIH, Parvovirus B19 negativas. Dosificación IG: IgG 2.860 mg/dl, IgA 260 mg/dl, IgM 94 mg/dl. Frotis: serie roja sin alteraciones. Serie blanca granulación tóxica neutrofílica e inmadurez linfocitaria. Serie plaquetaria trombopenia, ausencia de agregación plaquetaria. Aspirado de médula ósea: megacariocitos con hiperplasia en serie mieloide.

Orientación diagnóstica: Trombocitopenia inmune primaria.

Diagnóstico diferencial: Trombocitopenia inmune primaria vs trombocitopenia secundaria.

Comentario final: Se debe a la producción de anticuerpos antiplaquetarios, responsable de la destrucción periférica de plaquetas por el sistema mononuclear fagocítico y por la disminución de su producción a nivel central. Se diagnostica por la presencia de petequias y sangrados. El diagnóstico es de exclusión, con plaquetas menores a $100 \times 10^9/L$, frotis sanguíneo, estudio de coagulación, bioquímica de sangre, dosificación de inmunoglobulinas, test de Coombs, anticuerpos antinucleares y serologías para VHC, VHB y VIH, no se recomienda el la solicitud de anticuerpos anti plaquetarios. El estudio de médula ósea sólo si no responden al tratamiento de primera línea. El tratamiento de primera elección se basa en glucocorticoides a los que pueden añadir inmunoglobulinas si hemorrágicas importantes. En el caso de inestabilidad hemodinámica plantearse la transfusión de plaquetas.

Bibliografía

1. Carreño Gómez-Tarragona G, Mancheño Losa M. Trombocitopenia. Trombocitosis. Pancitopenia. En: Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 8^a ed. España: MSD; 2016. p. 1343-62.

Palabras clave: Petequias. Epistaxis. Plaquetas.