



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

## 482/1182 - LESIONES EN PIERNAS

M. Martínez Picón<sup>1</sup>, S. Zarza Martínez<sup>2</sup>, C. Díaz-Parreño Quintanar<sup>1</sup> y M. Naz Núñez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

<sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Puebla de Almoradiel. La Puebla de Almoradiel. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 37 años sin alergias conocidas con antecedente de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, sin factores de riesgo cardiovascular, acude a urgencias por deposiciones blandas y melénicas de un día de evolución. Sí refiere deposiciones oscuras días previos por la toma de hierro (lo dejó de tomar hace 6 días), pero el episodio actual es diferente. No refiere dolor abdominal, náuseas ni vómitos. No rectorragia. No fiebre. Se encuentra con la menstruación y está sangrando más de lo habitual. Además, refiere aparición de lesiones en piernas y brazos desde el inicio del cuadro melénico, signo que la ha alarmado.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes normales. Buen estado general. Normohidratada, normocoloreada, normoperfundida. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Extremidades inferiores: no edema, no trombosis venosa profunda. Se objetivan petequias en ambas piernas hasta ingle. Rx abdomen normal. Analítica sangre: Hb 12,2 g/dl, MCV 84,7 fL, plaquetas 3.000/mm<sup>3</sup>, resto normal. Se hace interconsulta a hematología. Ingresa a su cargo para estudio de trombocitopenia y se transfunde un pool de plaquetas. Analítica con VSG, IgG, IgA, IgM, ANA, serología VIH, CMV, Epstein Barr, hepatitis B, hepatitis C: normales. Proteinograma en suero y orina de 24h: normal. Anticuerpos antitiroglobulina, anticuerpos antimicrosomales, anticuerpos antifosfolípido: normales. Aspirado de medula ósea: trombocitopenia de origen periférico. Citometría de flujo: descarta proceso agudo. Ecografía abdomen: esteatosis difusa sin lesiones focales. Gastroscopia: sin hallazgos significativos.

**Orientación diagnóstica:** Púrpura trombocitopénica idiopática.

**Diagnóstico diferencial:** Leucemia aguda. Trombocitopenia inducida por fármacos: quinina. Trombocitopenia causada por infecciones: VIH, VHC. Púrpura trombocitopénica idiopática.

**Comentario final:** Ante una trombocitopenia tanto si llega a atención primaria como a urgencias es necesario derivar para completar estudio y determinar la causa. Tenemos que conocer los principales síntomas que puede dar, en este caso la púrpura en EEII y las melenas y conocer los principales diagnósticos diferenciales a tener en cuenta. En tratamiento en este caso fue con corticoides, tratamiento de primera línea, con resolución del cuadro.

### Bibliografía

- Merino A. Diagnóstico diferencial de las trombocitopenias. Cont Lab Clin. 2013-2014;17:48-61.

2. Lozano ML, Vicente V. Tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(9):399-405.

**Palabras clave:** Trombocitopenia. Púrpura.