



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

## 482/292 - MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTE CON SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA

C. Gallo Fernández<sup>1</sup>, E. Alguacil Rodríguez<sup>2</sup> y M. Espejo Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Santa María Norte Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz. <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Puerto Real. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 39 años, fumadora, sin antecedentes de interés. Acude al Centro de Salud por presentar desde hace dos semanas decaimiento, acompañado de fiebre intermitente de hasta 38 °C, orinas de coloración oscura y lesiones en la piel rojo-violáceas en ambos miembros inferiores y tórax. Posteriormente, dolor abdominal generalizado y heces líquidas de coloración amarillenta. Tras resultados de pruebas complementarias se deriva para valoración Urgente al Hospital de Referencia, ingresando posteriormente a cargo del Servicio de Hematología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Dolor abdominal en hipocondrio izquierdo y lesiones dérmicas en tórax y miembros inferiores. Tira reactiva: proteinuria y hematuria. Bioquímica sangre: creatinina 1,68 mg/dL; filtrado glomerular 38 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; urea 97 mg/dL; LDH 1.339 U/L; PCR 48,8 mg/L. Sistématico de orina: proteinuria (300 mg/dL) y hematuria (150 ?g). Hemograma: hemoglobina 11 g/dL; hematocrito 29,2%; volumen corpuscular medio 78,9 fL. Serie blanca normal. Plaquetas 11.000. Esquistocitos 5%. Ecografía renal: ambos riñones con cortical hiperecogénica. Esplenomegalia. ADAMTS 13: 0% (inferior a 5-10%).

**Orientación diagnóstica:** Sospecha de microangiopatía trombótica (MAT), concretamente púrpura trombótica trombocitopénica (PTT).

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome hemolítico urémico -SHU-. Síndrome de Evans. MAT secundarias.

**Comentario final:** La clínica y los resultados de las pruebas complementarias (anemia, LDH elevado, insuficiencia renal aguda, ADAMTS disminuido) fueron compatibles con PTT. Gracias al manejo temprano, la actuación multidisciplinar y el tratamiento precoz con plasmaférésis, se evita su fallecimiento la cual ocurre en el 90% de los pacientes sin tratamiento.

### Bibliografía

1. Contreras E, de la Rubia J, del Río-Garma J, Díaz-Ricart M, García-Gala JM, Lozano M. Diagnostic and therapeutic guidelines of thrombotic microangiopathies of the Spanish Apheresis Group. *Med Clínica* (Eng Ed.) 2015;144(7):331.e1-331.e13.
2. Vacca VM. Acquired autoimmune thrombotic thrombocytopenic purpura. *Nursing (Lond)*. 2019;49(1):22-9.

3. Scully M, Hunt BJ, Benjamin S, Liesner R, Rose P, Peyvandi F, et al. Guidelines on the diagnosis and management of thrombotic thrombocytopenic purpura and other thrombotic microangiopathies. *Br J Haematol.* 2012;158(3):323-35.

**Palabras clave:** Microangiopatía trombótica. Púrpura trombótica trombocitopénica.