



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

377/48 - PÚRPURA NO PALPABLE

N. Crespo García¹, Á. Díaz Rodríguez², J. Capón Álvarez³, V. Ruiz Larrea⁴, V. Lumbreras González³, C. Martínez Canel⁵, N. Fernández Martínez⁶, S. Vidal Rodríguez⁷.

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León. ²Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León. ³Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ⁵Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ⁶Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. León. ⁷Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón 58 años. No alergias conocidas. Exfumador. Antecedentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, cardiopatía isquémica tipo infarto agudo de miocardio con implante de tres stents, úlcus duodenal, gastritis crónica con metaplasia intestinal, hernia umbilical e intervención quirúrgica de menisco en rodilla derecha hace 8 días. Tratamiento farmacológico: Omeprazol 20 mg, Bisoprolol 5 mg, Candesartán 8 mg, Atozet 10/40 mg, Insulina y Clexane 40 mg.

Acude a consulta de atención primaria para renovación de receta de Clexane y comentarnos que tiene “manchitas” rojas en cara interna del labio inferior y otra de mayor tamaño en la lengua, hallazgos casuales esa misma mañana cuando se cepilla los dientes. No episodios de sangrado ni otra clínica. Tras anamnesis y exploración física se deriva a Urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias. En la actualidad el paciente se encuentra asintomático, realizando revisiones periódicas por especialista hospitalario y seguimiento por atención primaria.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientado, colaborador. Normohidratado y normoperfundido. No adenopatías. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen no doloroso, no masas ni visceromegalias. Cavidad oral: múltiples lesiones petequiales en cara interna de labio inferior. Hematoma en borde ínfero-lateral de la lengua. Rodilla derecha inmovilizada mediante vendaje. Lesiones purpúricas, múltiples, no palpables, no desaparecen a la digitopresión, desde dorso de pies hasta tercio medio de muslos. Tras anamnesis y exploración se deriva a Urgencias hospitalarias donde le realizan una analítica: Hemoglobina 14.8 mg/dl, Leucocitos 11.5 mil/?l, Plaquetas 5 mil/?l. Estudio básico de coagulación y bioquímica sanguínea con valores dentro de la normalidad. Ante estos hallazgos se deriva a servicio de Hematología, que decide ingreso hospitalario, suspender Clexane, inicio de tratamiento con Prednisona a dosis de 1 mg/kg/día y realización de analítica que incluya hemograma (confirma la trombopenia), Test de Coombs directo (negativo), inmunoglobulinas (IgG normal, IgM normal e IgA 552 mg/dl), ANA negativo, serología (VHB, VHC, VIH negativos. Citomegalovirus IgG positivo, IgM negativo. Virus Epstein Barr IgG positivo) y factores madurativos (dentro de la normalidad). Mejoría de las lesiones cutáneas y de parámetros analíticos por lo que recibe alta hospitalaria. Primer control con Plaquetas 16 mil/?l, segundo 20 mil/?l, al mes 123 mil/?l, a las 6 semanas 250 mil/?l. Tratamiento corticoideo en pauta descendente a partir de las 6 semanas.

Juicio clínico: Trombocitopenia inmune.

Diagnóstico diferencial: Alteración factores de la coagulación, infección, púrpura mecánica, púrpura pigmentaria, trombopenia secundaria a alcohol o fármacos (trombopenia inducida por heparina), síndrome mielodisplásico, hemoglobinuria paroxística nocturna, microangiopatías trombóticas, lupus eritematoso sistémico, coagulación intravascular diseminada, hiperesplenismo.

Comentario final: La trombopenia inmune, es una de las causas más comunes de trombopenia. Se produce destrucción de plaquetas por anticuerpos antiplaquetarios. Se manifiesta con sangrado mucocutáneo y recuento bajo de plaquetas (100 mil/?l). Diagnóstico de exclusión, la aproximación inicial se centra en la anamnesis, la exploración física, el hemograma y el examen de extensión de sangre periférica. El tratamiento se basa en el empleo de corticoides, y si con ello no fuera suficiente inmunoglobulinas intravenosas.

Bibliografía

Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. Blood. 2009;113(11): 2386-93.

Lozano ML, Vicente V. Current treatment of primary immune thrombocytopenia. Med Clin (Barc). 2014;142(9):399-405.