

● REPORTE DE CASO

Púrpura trombocitopénica en mujer adulta

Thrombocytopenic purpura in an adult woman

Autores: Jesús Falcón Z.¹, Mónica María Espínola Benza², Julia Marlene Pereira Forcado², Diego Arnaldo Mora Díaz², Marco Antonio Franco Britos².

Artículo recibido: 28 de julio de 2015 Artículo aceptado: 8 febrero 2016

Resumen

Se presenta el caso de una mujer adulta mayor, previamente sana, que ingresa con antecedente de cuadro confusional, debilidad generalizada, cambio de coloración de piel y mucosas, síntomas gastrointestinales y fiebre. En estudios de imagen no se evidencian lesiones encefálicas. Ante cuadro clínico y hallazgos laboratoriales se realiza frotis de sangre periférica, confirmándose diagnóstico de púrpura trombocitopénica trombótica. Se indica plasmaféresis, sin embargo, la paciente no responde a la terapia y fallece.

Palabras claves: púrpura trombocitopénica trombótica, ictericia.

Abstract

This is the case of old adult woman, previously healthy, admitted with history of confusion symptoms, general weakness, change of skin and mucous color, gastrointestinal symptoms and fever. Medical imaging studies do not show evidences of encephalic lesions. Considering the clinical symptoms and laboratory findings, a smear of peripheral blood is made confirming a diagnosis of thrombotic thrombocytopenic purpura. Although plasmapheresis is indicated, the patient does not respond to the therapy and die.

Keywords: thrombotic thrombocytopenic purpura, jaundice

Introducción: la púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) es una patología poco frecuente de presentación pleomórfica, caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, fiebre, afectación renal y neurológica^{1,2}. Afecta preferentemente mujeres y es de mal pronóstico, con una mortalidad cercana al 90% sin tratamiento. Puede ser adquirida o congénita. Su incidencia se estima en 1 a 10 casos por millón de habitantes^{3,4}.

¹ Jefe de Sala. Servicio de Clínica Médica. Departamento de Medicina Interna. Hospital Central del Instituto de Previsión Social (Asunción, Paraguay).

² Residente de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción" (Asunción, Paraguay).

Autor correspondiente:

Dra. Mónica María Espínola Benza

Dirección: Avda. Augusto Roa Bastos 1612. Asunción, Paraguay

Teléfono: +595.973571194

Correo electrónico: monikilla.cde@gmail.com

Reporte del caso: mujer de 73 años, previamente sana, ingresa por cuadro confusional de 3 días de evolución, acompañado de náuseas, vómitos, deposiciones líquidas y debilidad generalizada. Dos días antes se agregó coloración amarillenta de piel y mucosas. Un día antes presenta caída de propia altura con pérdida del conocimiento y dificultad para articular las palabras, quedando en un estado confusional. Familiares refieren que presenta hematomas espontáneos y a traumatismos leves en los últimos meses.

Ingresa febril, hipertensa, taquicárdica, lúcida alternando periodos de desorientación temporoespacial. Al examen físico se detecta coloración amarillenta de piel y mucosas, equimosis en miembros inferiores. Laboratorio muestra: Hb 9,7 g/dL; plaquetas 40.000/mm³, leucocitos 14.000/mm³, urea 139,4 mg/dL, creatinina 2,74 mg/dL, GOT 90 UI/L, bilirrubina total 8,92 mg/dL, bilirrubina indirecta 8,48 mg/dL, LDH 2726 UI/L, test de Coombs directo negativo.

Al segundo día de su internación presenta convulsiones tónico clónicas en varias oportunidades. La tomografía de cráneo no muestra lesiones (figuras 1,2,3). El frotis de sangre periférica informa esquistocitos en abundante cantidad. Se concluye una PTT y se inicia plasmaféresis falleciendo la paciente a las 24 horas.

Figura 1

Tomografía axial de cráneo. A nivel de los ganglios basales no se visualiza lesión focal que sugiera cambios hemorrágicos ni de otra índole.



Figura 2

Tomografía axial de cráneo. Diferenciación de sustancia gris y sustancia blanca preservada. Surcos y cisuras de profundidad habitual

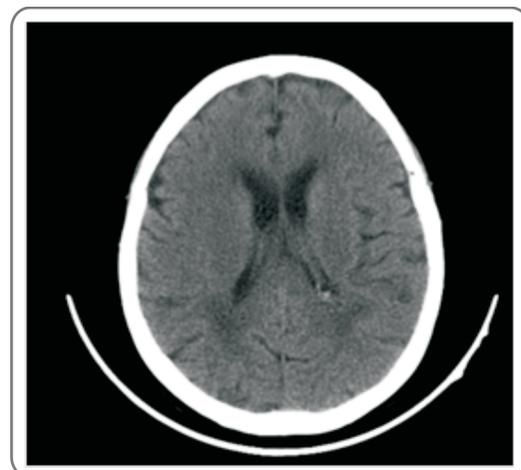
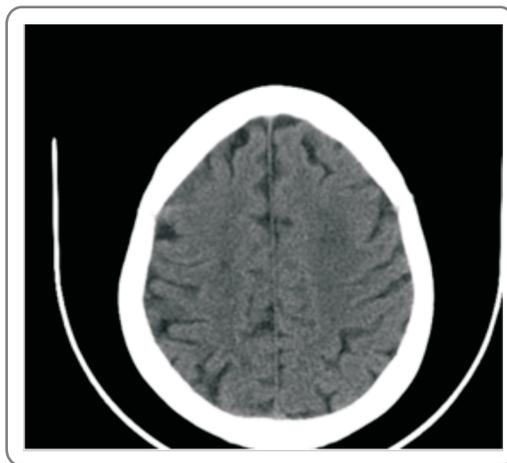


Figura 3
Tomografía axial de cráneo. No se objetivan cambios densitométricos que indiquen hemorragias corticales, en relación a la patología de base conocida



Discusión: la incidencia de PTT es baja, su presentación es variable. Debe considerarse siempre ante un paciente que presente anemia hemolítica microangiopática (test de Coombs directo negativo y esquistocitos en sangre periférica), trombocitopenia, fiebre, afectación renal y neurológica sin otra causa que lo justifique.

Se recomienda su reconocimiento rápido ya que el tratamiento es la plasmaféresis precoz⁵. Es importante tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial de enfermedades tropicales como la leptospirosis, que cursa con clínica similar. Se presenta el caso por la rareza de la patología, destacándose que la paciente presentó todas las complicaciones y los criterios para el diagnóstico. No se pudo establecer la causa subyacente.

Agradecimientos

Al Dr. José Carlos Acosta Flores, Residente de Medicina en Imágenes del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (Asunción, Paraguay).

Referencias bibliográficas

1. Tsai HM. Current concepts in thrombotic thrombocytopenic purpura. *Annu Rev Med.* 2006; 57:419-36.
2. Rock G, Shumak K, Kelton J, Blanchette VS, Buskard N, Nair R, Spasoff R. Thrombotic thrombocytopenic purpura: outcome in 24 patients with renal impairment treated with plasma exchange. *Canadian Apheresis Study Group. Transfusion.* 1992 Oct; 32(8):710-4.
3. Allford SL, Hunt BJ, Rose P, Machin SJ. Haemostasis and thrombosis task force, British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on the diagnosis and management of the thrombotic microangiopathichemolyticanaemias. *Br J Haematol.* 2003 Feb; 120(4):556-73.
4. George JN. Clinical practice. Thrombotic thrombocytopenic purpura. *N Engl J Med.* 2006 May 4; 354(18):1927-35.
5. Ferro H, Roel JE, Lantos J, Grassi DG, Korin J. Thrombotic thrombocytopenic purpura and systemic lupus erythematosus. Three cases presenting simultaneously. *Medicina (BAires).* 1999; 59(6):739-42.