

Plaquetopenia en tiempos de Pandemia

Portal González Lorenzo Médico de Atención Primaria (C.S O Val, Narón)

M^a Esther García Santiso R3 MFyC (C.S O Val, Narón-Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol)

1) *Exposición de Caso Clínico

Antecedentes Personales:

Mujer de 92 años

- No Alergias Medicamentosas Conocidas.
- Factores de Riesgo Cardiovascular: Hipertensión Arterial.
- Artroplastia Parcial de Cadera Izquierda.
- Valorada por Neurología por mareos con diagnóstico de Síndrome Vertiginoso Periférico
- Valorada por Dermatología por Queratosis Actínicas.

Tratamiento Domiciliario: Nimodipino 30mg, Lorazepam 1mg
Vida Basal: IABVD. Cognitivamente íntegra. Deambula con bastón. Vive con su familia.

*Enfermedad Actual:

Mujer de 92 años, acude al servicio de Urgencias derivada desde Atención Primaria por trombopenia de 2000 en analítica realizada por hematomas espontáneos desde hacía 1 semana, según refieren la nieta de la paciente a su médico de cabecera mediante una cita telefónica (Pandemia SARS-CoV-2). No clínica infecciosa previa. No nuevos tratamientos. No epistaxis, sangrado gingival, vaginal o hematuria.

*Exploración:

TA: 147/72 FC: 72 lpm Tª: 36.2°C FC: 100 lpm

-Hematomas en cara superior de mama izquierda, cara dorsal de ambas manos y otros más pequeños en miembros superiores. Lesiones petequiales en miembros superiores e inferiores, así como en abdomen en menor medida.

2)*Pruebas Complementarias:

-En analítica: destacable 3000 plaquetas
Frotis: segmentados 75, linfocitos 20, monocitos 4, eosinófilos 1
Se contacta en ese momento desde Urgencias con Hematología para valoración.

*Valoración por Hematología:

Por aquel entonces dada la situación de alerta sanitaria durante la pandemia por SARS-CoV-2 y dada buena colaboración de la familia de la paciente y cercanía a su hospital de referencia se procede a tratamiento con Prednisona 60 mg al día en domicilio asociada a Omeprazol hasta revisión en consultas de Hematología.

*JC: Trombocitopenia Autoinmune Primaria

5)*En las sucesivas consultas se observó un Frotis de Sangre Periférica con EB 1% y Mielos 2%, con los que surge la duda de si estamos ante un **Cuadro Leucoeritoblástico: Trombopenia por SMD (Síndrome Mielodisplásico)/LMMC (Leucemia Mielomonocítica Crónica).**

Se mantiene Revolade, llegando en alguna ocasión a 122.000 plaquetas pero bajando a la siguiente consulta a 14.000. Al no obtener respuesta duradera a Igs, Esteroides ni Revolade se procede a la suspensión de este último y se pauta **Amchafibrin** cada 8h.

-**Más adelante se duda de si atribuir la Trombocitopenia a ese SMD** porque ha desaparecido hasta la monocitosis.

En última consulta, hace unos meses: Plaquetas 150.000. Se prosigue con **control en consultas sin tratamiento**, (suspendido Amchafibrin hace unos 6 meses) manteniendo **84.000 plaquetas**.

6)*Identificación de Problemas: Pandemia SARS-CoV-2, dificultad diagnóstica mediante las citas telefónicas en atención primaria por aquel entonces.

-**Conclusiones y aplicabilidad para Medicina de Familia:** este caso pone de manifiesto la importancia de la comunicación entre los profesionales y los pacientes y su familia, así como la descripción de los sucesos por ellos. También la importancia de una buena exploración en consulta de Atención Primaria y el buen criterio a la hora de elegir pruebas diagnósticas y derivación a Hospital. Y por supuesto saber manejar la situación en una Pandemia, con la dificultad añadida de las consultas telefónicas y la comunicación con otros servicios para el tratamiento y seguimiento de la paciente.

3)*En la revisión en consultas 1 semana más tarde: se observa en analítica cifra de **plaquetas <10.000**, por lo que **se procede a ingreso hospitalario**.

.Las serologías realizadas resultan (-), únicamente IgG + para VEB.

.ANAs: negativos

.Coombs directo negativo

.ECO abdominal (para descartar esplenomegalia: sin alteraciones relevantes, quiste renal de 5cm derecho sin patología obstructiva.

Se procede a inicio de tratamiento con **Inmunoglobulinas (Igs)** a dosis de 0.4 kg/kg durante 5 días.

De forma incidental en analítica se observa TSH 0.11 y T4 y T3 en rango, con paciente asintomática. Se hace IC a Endocrino: disminución de TSH en probable relación con toma de corticoides previa; el Hipertiroidismo subclínico parece menos probable.

Se procede a Alta. Plaquetas al alta 21.000.

.Tratamiento para Domicilio al Alta:

.Prednisona 60mg/día

.Omeprazol y Acfol

JC: Trombocitopenia Periférica

4)*En las sucesivas consultas:

.En primera consulta tras Alta Hospitalaria: persiste plaquetopenia de 8000 y equimosis con facilidad, especialmente en dorso de manos.

.**JC: trombopenia probablemente periférica, refractaria a esteroides e inmunoglobulinas.**

.Plan de tratamiento: inicio de Eltromboplag 50mg/día y se disminuye Prednisona a 30mg/día

