

ESTUDIO DE PURPURA TROMBOCITOPENICA ADQUIRIDA EN PACIENTES
HEMATOLOGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
"JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ", DURANTE EL PERIODO OCTUBRE DE 1979
HASTA ENERO DE 1987

* Dr. Salvador Gómez Veloz
** Dra. Myrna Cabrera Suero
** Dra. Cristina Castellanos Díaz
** Dra. Desiree Stern Loinaz

INTRODUCCION

La Púrpura Trombocitopénica Idiopática, como lo indica el término, es de Etiología no claramente definida, caracterizada básicamente por la presencia en el paciente de lesiones petequiales y equimóticas, así como la tendencia al sangrado fácil de los diferentes órganos y sistemas. Se ha hablado de la etiología autoinmune de este padecimiento, por lo que el tratamiento de base usado son los corticosteroides del tipo de la prednisona, la esplenectomía y fármacos citotóxicos. Por la naturaleza inmunológica de esta enfermedad, en la cual el sistema inmune destruye las propias plaquetas del huésped, ha sido recomendado que el término púrpura trombocitopénica idiopática sea cambiado por púrpura trombocitopénica autoinmune.

La consideramos idiopática por la dificultad en nuestro medio para la medición de IgM o IgA unidas a plaquetas por ELISA y RYA.

Esta enfermedad puede seguir en ciertos casos un curso fulminante, produciendo la muerte en pocos días o se puede interrumpir su evolución tan bruscamente como empezó; para esto es necesario contar con datos sobre la respuesta en nuestros pacientes en relación a lo establecido

en la literatura.

Nuestros propósitos en este estudio son dar la orientación para la realización de estudios posteriores sobre esta entidad, así como revisar los principios para el tratamiento adecuado de nuestros pacientes.

METODOLOGIA

Esta investigación es de tipo retrospectivo y prospectivo, realizada en pacientes mayores de 15 años que asistieron al Departamento de Hematología del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez, que presentaron cuadro sugestivo de Púrpura Trombocitopénica Idiopática. Se usó el universo compuesto por los pacientes nuevos y los ya diagnosticados.

Los datos generales del paciente, antecedentes infecciosos y patológicos personales y familiares relacionados con la enfermedad, así como también la presencia de signos y síntomas con su fecha de inicio, fueron obtenidos por medio del formulario tipo entrevista, el cual constaba de preguntas abiertas, cerradas y de selección múltiple, con respuestas en abanico.

Además se realizaron pruebas de laboratorio útiles en el diagnóstico de esta patología.

RESULTADOS Y ANALISIS

Tomando en cuenta la sintomatología característica de esta patología, así como analizadas las pruebas de laboratorio pertinentes para llegar al diagnóstico y al excluir la

(*) Médico internista-hematólogo. Jefe del servicio de hematología del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez. Catedrático de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM).

(**) Médicos egresados de la PUCMM.

exposición a fármacos como factor causal, obtuvimos un total de 13 pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática.

Al comparar nuestros resultados con los obtenidos en otros estudios, como fue el realizado en adultos con diagnóstico de púrpura trombocitopénica idiopática atendidos en el Hospital de la Universidad de Virginia entre 1945 y 1970, en que el total de casos fue 66, podemos inferir sobre la alta prevalencia encontrada en nuestra región demostrando ser un padecimiento relativamente frecuente dentro de las patologías poco comunes. Encontramos que el grupo etáreo más afectado comprende de 15-25 años de edad, con un total de 8 pacientes (cuadro 1).

En relación al sexo, tenemos que el femenino ocupa un lugar preponderante, proporción encontrada en varios estudios de la literatura revisada (gráfico 1).

De la sintomatología presentada a su llegada al hospital encontramos que el mayor número de casos se presentó con petequias, equimosis y gingivorragia, así como secundariamente epistaxis, hematuria, melena y metrorragia (gráfico 2).

Consideramos que el bajo número de casos con metrorragia, 4 en total, pudo deberse a la dificultad para que esta información sea verídica por el tabú existente relacionado con la menstruación.

Los casos de melena pudieron deberse a la sangre deglutida secundaria a la epistaxis y gingivorragia, ya que no se realizó confirmación endoscópica ni radiológica de sangrado a nivel gastrointestinal. Además las cifras de hemoglobina se mantuvieron dentro de límites normales, lo que no es usual

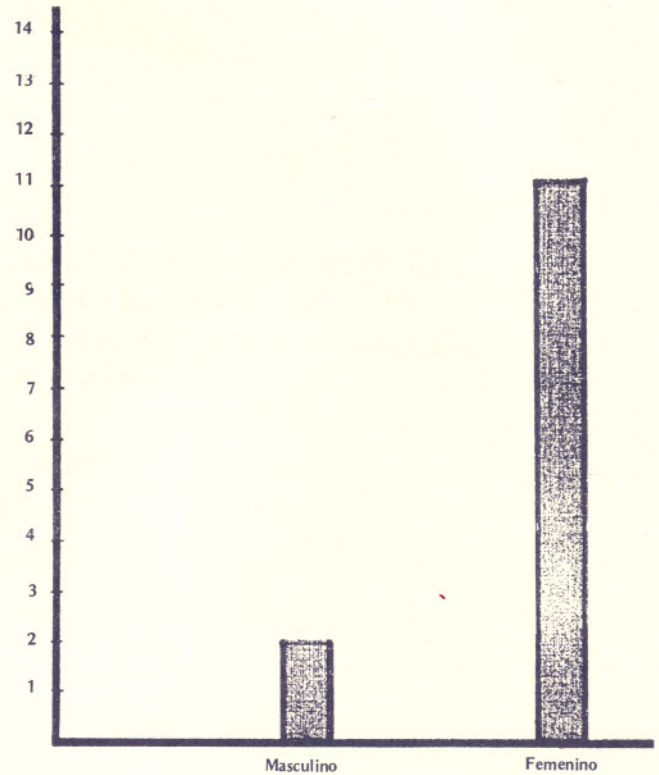


Gráfico 1
PTI EN PACIENTES HEMATOLOGICOS DEL HRUJMCB SEGUN SEXO DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 1979-ENERO 1987. SANTIAGO DE LOS CABALLEROS, REPUBLICA DOMINICANA, 1987

Cuadro 1
PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA EN PACIENTES HEMATOLOGICOS DEL HRUJMCB SEGUN EDAD DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 1979 HASTA ENERO 1987, SANTIAGO DE LOS CABALLEROS, REPUBLICA DOMINICANA, 1987

EDAD EN AÑOS	NUMERO	PORCENTAJE
15 - 25	8	61.5
26 - 35	1	7.7
36 - 45	2	15.4
46 - 55	1	7.7
56 o más	1	7.7
TOTAL	13	100.0

FUENTE: Entrevistas y revisión de récords de los pacientes.

que se encuentre con sangrado activo del tubo digestivo.

De los resultados obtenidos en base a la terapéutica empleada encontramos que de un total de 13 pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática, únicamente 5 lograron remisión completa con el tratamiento médico exclusivamente, mientras que 8 pacientes tuvieron necesidad de intervención quirúrgica, debido a que su remisión fue transitoria con el uso de altas dosis de prednisona y 6 mercaptopurina en algunos de ellos (cuadro 2).

Únicamente dos pacientes presentaron remisión completa sostenida con el uso sólo de esteroides del tipo de la prednisona.

Para algunos pacientes se empleó como tratamiento coadyuvante a la prednisona, la 6 mercaptopurina y así aumentar el efecto inmunosupresor, obteniéndose éxito en dos de los cuatro que siguieron este esquema. En un caso, al esquema inicial de prednisona más ciclofosfamida se agregó 6 mercaptopurina, por no haber respuesta a los medicamen-

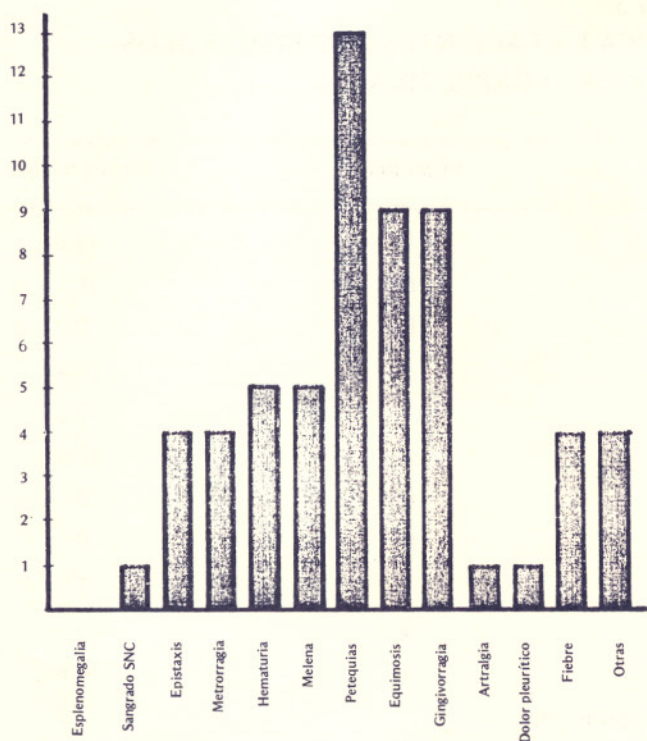


Gráfico 2
PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA EN PACIENTES HEMATOLOGICOS SEGUN SINTOMATOLOGIA

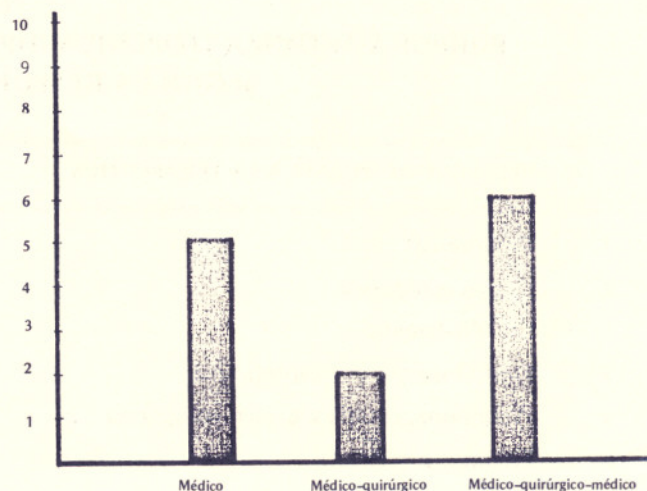


Gráfico 3
PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA EN PACIENTES HEMATOLOGICOS SEGUN TERAPEUTICA EMPLEADA

Cuadro 2
PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA EN PACIENTES HEMATOLOGICOS SEGUN TRATAMIENTO MEDICO O QUIRURGICO

TRATAMIENTO	NUMERO	PORCENTAJE
Médico	13	100.0
Médico-quirúrgico	8	61.5
TOTAL	13	**

FUENTE: Entrevistas y revisión de récords de los pacientes.

Con la esplenectomía se obtuvieron 2 casos de remisión completa, ya que pensamos se logró eliminar el principal foco de secuestro de plaquetas sensibilizadas, por la disminución de macrófagos y de la cantidad de anticuerpos producidos por el bazo (gráfico 3). Se dio un caso en el cual no se obtuvo respuesta con el uso de esteroides, citotóxicos y cirugía, cayendo éste dentro del 4 por ciento de los pacientes citados en la literatura que no responden a tratamiento alguno.

En 6 pacientes se demostró respuesta parcial a la esplenectomía, por lo cual tuvo que usarse prednisona y/o Mercaptopurina en el post-quirúrgico. El fracaso de la esplenectomía pudo ser debido a gran cantidad de inmuno globulina antiplaquetaria circulante, secuestro hepático importante, o existencia de un bazo accesorio.

Se ha comprobado que la respuesta a la terapéutica inmunosupresora resulta mucho mayor después de la esplenectomía, lo cual fue observado en nuestro estudio.

En nuestros pacientes no se siguió una terapia estándar debido a problemas infraestructurales y socioeconómicos del medio que imposibilitan conseguir a tiempo algunas de las medidas terapéuticas recomendadas en cada caso (cuadro 3).

COMENTARIO

La Púrpura Trombocitopénica Idiopática o autoinmune se refiere a un trastorno hemorrágico caracterizado principalmente por la presencia en el paciente de petequias, equi-

tos anteriores, lográndose una mejoría marcada de su cuadro.

Cuadro 3
PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA EN PACIENTES HEMATOLOGICOS
SEGUN LA RESPUESTA A LA TERAPEUTICA

PTI SEGUN RESPUESTA A LA TERAPEUTICA		NUMERO	PORCENTAJE
1	Prednisona	2	15.4
2	6-mercaptopurina	0	0
3	Ciclofosfamida	0	0
4	Prednisona y 6-mercaptopurina	2	15.4
5	Prednisona, cirugía y 6-mercaptopurina	1	7.7
6	Prednisona y cirugía	2	15.4
7	6-mercaptopurina y cirugía	0	0
8	Ciclofosfamida y cirugía	0	0
9	Prednisona, 6-mercaptopurina y cirugía	1	7.7
10	Prednisona, 6-mercaptopurina, ciclofos. y qx.	0	0
11	Prednisona, qx., prednisona y 6-mercaptopurina	4	30.8
12	Prednisona, 6-mercaptopurina, qx., prednisona y 6-mercaptopurina	1	7.7
TOTAL		13	100.0

FUENTE: Entrevistas y revisión de récords de los pacientes.

mosis y gingivorragia, con conteo plaquetario hemático disminuido, médula ósea con contenido aumentado de megacariócitos o normal y ausencia de trastorno sistémico o historia de ingestión de drogas capaces de producir trombocitopenia.

Este estudio fue realizado en los pacientes del servicio de hematología del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez, durante el período desde octubre del 1979 hasta enero del 1987, motivado por la escasa existencia de estudios anteriores en nuestro medio sobre esta enfermedad y con el interés de contar con datos sobre la respuesta al tratamiento de nuestros pacientes en relación a lo establecido en la literatura.

Encontramos que en nuestra región es un padecimiento poco frecuente, siendo el grupo etáreo más afectado de los 15-25 años de edad, predominando el sexo femenino.

Los signos clínicos más comunes encontrados fueron petequias, equimosis y gingivorragia.

Los casos de fracaso al tratamiento quirúrgico probablemente se debieron a la presencia de secuestro hepático de plaquetas o por la existencia de un bazo accesorio. La remisión completa sostenida al solo uso de los esteroides fue menor que lo establecido en la literatura.

CONCLUSIONES

1. Es una patología poco frecuente en nuestro medio.
2. El grupo etáreo más afectado comprende de 15--25 años de edad.
3. Predomina el sexo femenino con respecto a la prevalencia.
4. Los signos clínicos más comunes que ayudan al diagnóstico son: Petequias, Equimosis y Gingivorragia.
5. El fracaso del tratamiento quirúrgico puede ser debido a la presencia de otro organo secuestrador de plaquetas dañadas como es el hígado o la presencia no detectada en la cirugía de un bazo accesorio.
6. La eficacia de un esquema terapéutico médico dependerá de la consistencia con que éste sea seguido.
7. La respuesta completa con el solo uso de esteroides es menor de lo establecido en la literatura.

BIBLIOGRAFIA

1. Wintrobe, M.: Hematología Clínica. Editorial Médica, Buenos Aires, 1979.
2. Karpatkin, S.: "Autoimmune Thrombocytopenic Purpura". Sem, Haem, Vol. 22, No. 4, October 1985.
3. Leavell Byrd, S., y Thorup, O.A.: Hematología Clínica, 4ta. edición, Editorial Interamericana, México, 1980.

4. Amaral, B.: "Immune Thrombocytopenic Purpura: An Overview". *Postgrad Med*, Vol. 61, No. 4, April 1977.
5. Baldini, M.: "Idiopathic Thrombocytopenic Purpura", *N. Eng. J. Med*, 274 (1966).
6. Brane Hog I. y A. Weinfeld: "Platelet Survival and Platelet Production in Idiopathic Thrombocytopenic Purpura". *Brit J. Haem.*, 27 (1974).
7. Dainer P. and Phares J.: "Therapeutic strategies for chronic idiopathic thrombocytopenic", *AFP*, Vol. 31, No. 3, September 1984.
8. McMillan R, M-D "Chronic idiopathic thrombocytopenic purpura". *N. Eng. J. Med*, Vol. 304, 1981.
9. Moril P.G., E.T. A.L. "Chronic idiopathic thrombocytopenic, Treated with Inmunoglobulina", *Arch Dis Child*, 1983.
10. Walker, R.W. "Idiopathic thrombocytopenic initial illness and long-term follow-up", *Archives of Disease in Childhood*, 1984, 59: 316-322.