

¿ALGO MÁS QUE UNA PTI?

Cristina Martínez del Pozo¹, María Tríguez García¹, Nuria Zamora González²

¹Pediatra de Atención Primaria. C.S. Eras del Bosque. (Palencia)

²Pediatra de Atención Primaria. C.S. Venta de Baños. (Palencia)

CASO CLINICO

Niña de 3 años con clínica de equimosis en cara anterior de ambas piernas y petequias generalizadas (tronco, brazos y piernas) de 24 horas de evolución. No sangrado de mucosas. Afebril. No otra sintomatología asociada. No antecedente de cuadro infeccioso previo ni vacunación.

En urgencias: Analítica: **plaquetopenia de 12.000/ μ L**, resto de series sin alteraciones, bioquímica sin alteraciones ni elevación PCR, frotis sin agregados plaquetarios, coagulación y sistemático de orina normales.



Ingresa con sospecha de PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE.

En controles analíticos ausencia de aumento plaquetario en primeras 48h

Tratamiento con corticoides orales

Ampliación de estudio etiológico



Serologías de virus: **IgM Parvovirus B19 positiva**, serologías VIH, virus hepatitis B y C negativas

Frotis: no se observan agregados plaquetarios

Detección de H. pylori en heces positiva 

Se añade tratamiento erradicador de H. pylori con triple terapia OMA

Anticuerpos antitransglutaminasa Ig A > 128 U/mL y endomisio IgA positivos

Genética positiva HLA-DQA1*05 y HLA-DQB1*02  **Celiaquia**

	Diagnóstico	48 horas	96 horas	2 semanas	4 semanas
Plaquetas/ μ L	12.000	11.000	17.000	62.000	252.000

CONCLUSIONES

La PTI es un cuadro de origen autoinmune causado por la aparición de anticuerpos antiplaquetarios que inducen la destrucción plaquetaria a nivel periférico. El diagnóstico es de exclusión.

En los pacientes que no remiten espontáneamente o no responden al tratamiento se deben hacer estudios complementarios adicionales que incluyen la detección de H.pylori y estudio de celiacía.