

APRENDIENDO CON CASOS

CASO 3/2012

Presenta: Dra. Ayelén Fernández

Octubre 2012

Paciente masculino de 19 años de edad, de nacionalidad argentina que consulta por epistaxis y repercusión del estado general.

Datos personales:

No tabaquista, ocupación: estudiante universitario.

Enfermedad actual:

Paciente que consulta al servicio de guardia por presentar epistaxis de 5 días de evolución, habiendo concurrido previamente en varias oportunidades por la misma causa. En el servicio de ORL se le realizó taponaje nasal anterior. En el día de la fecha aumentó la intensidad del sangrado y se asoció a marcada astenia y adinamia. Relata episodios de melena de 2 días de evolución.

Antecedentes de enfermedad actual:

Tuberculosis pulmonar en tratamiento con RHZE, el cual debió suspenderse al mes, durante 2 semanas, por elevación de enzimas hepáticas, reiniciándose posteriormente y cumpliendo al momento de la consulta su segundo mes.

Examen físico:

TA: 110/60. Fc 120 x'. Fr 20 x'. T° 36,8 Regular estado general , adelgazado. Taponaje nasal anterior en fosa nasal izq. Piel y mucosas hipocoloreadas. Relleno ungueal enlentecido. Máculas hiperpigmentadas rojo-violáceas, algunas confluentes, con vitropresión negativa, en torso y miembros (figuras 1 y 2) Hipoventilación global con escasos rales finos en ambos campos pulmonares.



Fig. 1



Fig. 2

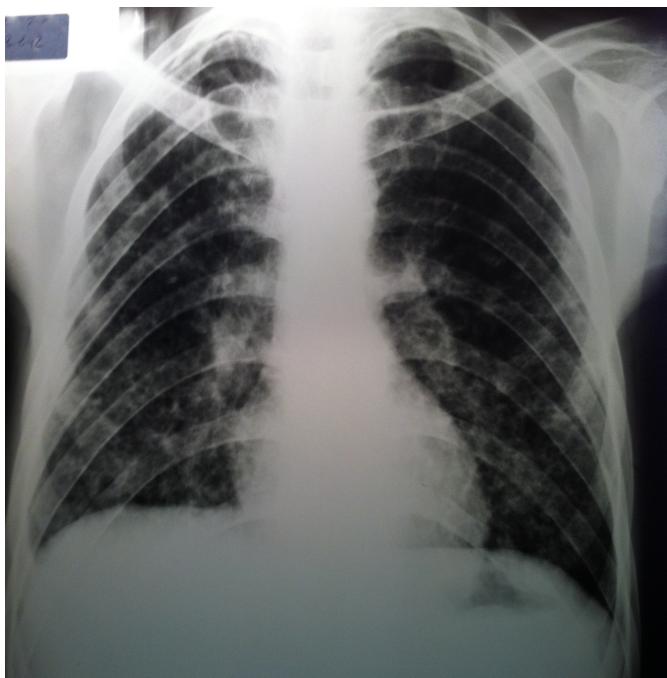
Analisis de sangre:

Hto 12%; Hb 4 g/dl; G. Rojo 1.420.000 /ul. G. Blancos 15,400 /ul. ERS > 120 mm/h. Plaquetas 6.000/ul. Concentración de Protrombina 59%, KPTT 39 seg. T. Quick 19,1 seg.

Gasometría arterial y EAB:

PH 7,46, Pco₂ 29 mmHg, Po₂ 71 mmHg, SatO₂ 93,4, Cont O₂ 6,8 vol%, EB -1,9 HCO₃ 21,1. Na⁺ 133 mmol/l, K⁺ 3,2 mmol/l Ac láctico 4,3 mmol/l

Radiografía de torax:



Descripción: Rx de tórax de frente en sentido anteroposterior. Centrada y completa. Sin alteraciones a nivel de las partes blandas y óseas. Mediastino centrado con ICT < 0,5. Senos costofrénicos libres. A nivel de los campos pulmonares se observa radiopacidades heterogéneas difusas en ambos campos pulmonares predominando en los inferiores.

¿Qué conducta tomaría ante este paciente?

Se interna para estudio y tratamiento.

¿cómo interpreta al cuadro?

Se interpretó al caso como una púrpura trombocitopénica secundaria a la administración de Rifampicina, por lo que se suspendió el tratamiento para tuberculosis. Se realizaron transfusiones de glóbulos rojos y plaquetas hasta alcanzar valores de hematocrito y plaquetas adecuados para optimizar el transporte de oxígeno y disminuir el riesgo de sangrado espontáneo.

Se prescribió prednisona 1 mg/kg/día, vitamina K 100 mg/día, O₂ por cánula nasal a 2 L/min

El paciente evolucionó favorablemente, presentando al octavo día de tratamiento: Hto 32 %, Hb 10,8 g/dL, Plaquetas 227.000/ul y C. de Protrombina 88%.

Discusión:

En dosis de 10 mg/kg/día las reacciones adversas a Rifampicina aparecen en un 4% de los pacientes. La edad, el alcoholismo y las enfermedades hepáticas son factores de riesgo.

La trombocitopenia, (recuento de plaquetas inferior a 150.000/ μ l) inducida por Rifampicina se debe a un mecanismo de hipersensibilidad mediada por anticuerpos. Una vez que éstos se han formado, persisten por años, reteniendo su potencial de inducción de trombocitopenia, que se evidencia si el paciente es sometido a re-exposición a Rifampicina. Por esta razón se observa con mayor frecuencia en regímenes intermitentes. En nuestro país como esta modalidad de tratamiento no es utilizada a menudo, se observa principalmente en pacientes que han sido tratados previamente con esta droga, que por reacciones adversas o abandono de tratamiento, fue suspendida y posteriormente reintroducida, produciendo la reacción adversa.

Debido a la potencial gravedad del cuadro clínico, debe sospecharse la trombocitopenia en aquellos pacientes tratados con rifampicina que presentan evidencias de sangrado espontáneo de cualquier tipo y/o lesiones cutáneas

(púrpura).

Por ultimo debe recordarse que los anticuerpos pueden persistir por años; por lo tanto la trombocitopenia inducida por rifampicina es una contraindicacion absoluta para volver a indicar este tratamiento para cualquier causa, lo cual debe ser informado al paciente para evitar firmemente su re-exposicion.