

PURPURA TROMBOTICA TROMBOCITOPENICA EN EL VIH. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Bombin C, Blanchard MJ, Iglesias Perez A, Hernandez-Jodra M, Zamora C, Iglesias del B A, Calbacho M, Iglesias del Barrio A, Garcia Laraña J.

Servicio de Hematología. Hospital Ramon y Cajal Madrid.

Introducción: La PTT es un síndrome caracterizado por trombocitopenia y anemia microangiopática debida a la presencia de trombos plaquetarios en la microcirculación. Fue descrita por primera vez en el VIH en 1987 presentando una incidencia estimada en población general de 3,7 casos por millón habitantes y en los pacientes VIH < 1%.

Caso 1: Paciente varón de 36 años con antecedentes de consumo de heroína en la adolescencia. Presenta cuadro clínico de una semana de evolución de astenia, artromialgias, fiebre y orinas colúricas. Analítica: Cr: 1,55mg/dl, BiT: 4,5mg/dl, Bind: 3, LDH: 1600U/L, haptoglobina: 4mg/dl, Hb: 12,3g/dl, Plaquetas: 14800/mm³, Leucocitos: 8280/mm³, Frotis: 7 esquistocitos/campo. Test coombs directo negativo. Ante diagnóstico de PTT se inicia tratamiento corticoideo y plasmaferesis diaria con recambio de PFC fotoinactivado. Se diagnostica de VIH con carga viral de 2.5 log y células CD4 de 270/mm³, iniciándose tratamiento antirretroviral. Tras diez sesiones de plasmaferesis presenta varios episodios neurológicos autolimitados de disartria. Se objetiva mejoría en la función renal y descenso en datos de hemólisis pero manteniendo trombopenia severa por lo que se inicia tratamiento con Vincristina. Se mantiene plasmaferesis diaria y recibe tres dosis de vincristina. Presenta evolución favorable con analítica al alta: plaquetas: 100000/mm³, Hb: 10g/dl y normalización de los datos de hemólisis. Diagnóstico: Microangiopatía trombótica tipo PTT en infección por VIH estadio B2.

Caso 2: Paciente varón de 50 años sin antecedentes de interés. Presenta cuadro clínico de mareo y astenia. Analítica: Hb: 9g/dl, plaquetas: 23000/mm³, leucocitos: 3970/mm³, Cr: 1,4mg/dl, BiT: 3,04mg/dl, LDH: 580U/L, Frotis: 6 esquistocitos/campo. Se iniciaron los recambios plasmáticos. Presenta Serología VIH: Positiva, Carga viral: 5,4log CD4 25/mL, pautándose tratamiento antirretroviral. Presenta cuadro neurológico de mareo y diplopia objetivándose en TAC craneal hemorragia subaracnoidea. Posteriormente manifiesta clínica respiratoria, con infiltrado alveolointersticial bilateral y PCR CMV: 22000 copias/ml iniciándose Ganciclovir. Ante mala evolución clínica y analítica tras 10 sesiones de plasmaferesis se administra Vincristina a pesar de lo cual sufre deterioro clínico progresivo con fracaso multiorgánico y fallecimiento. Diagnóstico: Infección por VIH C3, PTT, Hemorragia subaracnoidea, Infección por CMV.

Conclusión: La microangiopatía trombótica puede presentarse como la primera manifestación de la infección por el VIH, presentando un pronóstico global infausto con 50% mortalidad en dos meses. El tratamiento con fluconazol, valganciclovir y la infección por CMV están descritos como favorecedores del desarrollo de PTT en el VIH, como sucede en el caso 2 expuesto. La patogénesis de relación CMV-PTT es desconocida, el CMV produce daño endotelial mediante infección celular directa o indirectamente mediante el inicio de una respuesta inmune humoral.