

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA (PTI) Y HEMORRAGIA INTRACRANEAL (HIC). UTILIDAD DE ESPLENECTOMÍA Y FACTOR VII RECOMBINANTE ACTIVADO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Soria B^a, Guillén M^a, Fernández Mosteirín N^a, Salvador Osuna C^a, Godoy A^a, Padrón N^a, Sevil F^a, García P^b, Torres M^a, Giralte M^a.

Servicio de Hematología y Hemoterapia^a. Unidad de Cuidados Intensivos^b. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción: Un amplio número de estudios han mostrado que la mortalidad de la HIC está directamente relacionada con el tamaño del hematoma. Las HICs son una complicación poco frecuente pero potencialmente mortal en el contexto de una PTI. El FVII recombinante activado (rFVIIa) se ha mostrado efectivo en el control del sangrado en pacientes con trombocitopenia.

Caso clínico: Varón de 9 años diagnosticado de Linfoma de Hodgkin (LH) hilar pulmonar a los 5 años por lo que recibió tratamiento poliquimioterápico alcanzando remisión completa (RC). En 2005 recaída mediastínica y nueva RC tras tratamiento. En febrero de 2007 durante un control evolutivo de rutina se observa trombocitopenia grave con una cifra de plaquetas de $2 \times 10^9/L$ confirmadas mediante recuento óptico. Ausencia de diátesis hemorrágica. En estudio radiológico recaída mediastínica de LH. Se realizó aspirado de médula ósea observándose hiperplasia megacariocítica, moderada linfocitosis medular sin observar células de Hodgkin ni de Reed-Sternberg, diagnosticándose de PTI. Anticuerpos antiplaquetarios en suero negativos.

Se inicia tratamiento esteroideo y con inmunoglobulinas (Igs) observándose normalización plaquetaria a los 10 días. Cuatro semanas después acude a Urgencias por presentar vómitos hemáticos y cefalea frontal izquierda objetivándose nueva caída de la cifra de plaquetas ($4 \times 10^9/L$). En TAC craneal hematoma parenquimatoso occipital derecho en territorio de arteria cerebral posterior derecha con desviación de línea media. Borramiento bilateral de surcos por edema difuso.

Se inicia de nuevo tratamiento esteroideo, Igs, transfusión de plaquetas para mantener cifra plaquetaria $> 50 \times 10^9/L$ y realización de craneotomía descompresiva. A las 72 horas se consultó con el Servicio de Hematología tras empeoramiento del estado clínico del paciente para valoración y actitud terapéutica. Se recomendó por nuestra parte la realización de esplenectomía urgente así como la administración de rFVIIa (dosis de $90 \mu\text{gr/kg}$) y transfusión de plaquetas previo a la misma. TAC a las 24 horas de la administración de rFVIIa: disminución de tamaño y densidad del hematoma, disminución del efecto masa con desaparición del componente hemorrágico intraventricular. A las 72 horas postesplenectomía recuperación de cifra plaquetar normalizándose a los 7 días.

Conclusiones: Aunque la HIC es una complicación poco frecuente en la PTI, cuando existe clínica neurológica debemos considerar medidas terapéuticas agresivas. El rFVIIa es un fármaco seguro y eficaz en el control del sangrado en pacientes con trombocitopenia, así como previo a la realización de esplenectomía urgente si persiste