

ELTROMBOPAG PARA EL TRATAMIENTO DE LA TROMBOCITOPENIA CRÓNICA INMUNE EN UN PACIENTE TRATADO PREVIAMENTE CON ROMIPILOSTIM

B. Rodríguez, P. Herrera, M. Calbacho, M.J. Blanchard
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Fundamento: El objetivo del tratamiento de la trombocitopenia crónica inmune (TCI) es aumentar el recuento plaquetario hasta un valor estable y seguro. Las guías clínicas recomiendan como primera línea el uso de corticoides, inmunoglobulinas (Ig) inespecíficas y anti-D en los pacientes Rh positivos. Como segunda línea se recomienda esplenectomía, tratamiento con rituximab o agonistas de los receptores de trombopoyetina y fármacos inmunosupresores clásicos. No existe un consenso establecido sobre la secuencia óptima de los tratamientos y éste debe ser individualizado. Romiplostin y eltrombopag son fármacos que mimetizan la acción de la trombopoyetina. Están indicados en el tratamiento de TCI en pacientes esplenectomizados refractarios a otros tratamientos o como segunda línea en pacientes no subsidiarios de cirugía. El objetivo es describir el caso de un paciente con TCI tratado con eltrombopag tras el fracaso terapéutico con romiplostin.

Descripción del caso: Varón de 52 años, con antecedentes clínicos de esclerodermia y TCI, acudió al hospital por hemorragia digestiva secundaria a telangiectasias en mucosa intestinal. Presentaba un recuento plaquetario de $13 \times 10^9/L$, se inició tratamiento con Ig inespecífica y soporte transfusional para tratar la trombopenia, con buena evolución. Transcurrido un mes, sufrió una nueva hemorragia digestiva acompañada de inestabilidad hemodinámica y trombopenia severa ($<5 \times 10^9/L$). Se inició corticoterapia, un nuevo ciclo de Ig inespecífica y rituximab. Aunque la hemorragia digestiva cedió el paciente mantuvo trombopenia severa. Tras dos dosis de rituximab sin respuesta se inició tratamiento con romiplostin a dosis de 1 mcg/kg semanal y aunque presentó un ascenso inicial de plaquetas hasta $41 \times 10^9/L$, fue preciso escalar la dosis hasta 5 mcg/kg por falta de respuesta. Posteriormente, el paciente sufrió un tromboembolismo pulmonar (TEP), motivo por el que se suspendió romiplostin y se inició tratamiento anticoagulante. Para mantener cifra de plaquetas se administraron varios pulsos de Ig inespecífica y a los tres meses del episodio del TEP se realizó una esplenectomía laparoscópica. Debido a la persistencia de trombopenia grado IV a pesar de todas las medidas adoptadas, se inició tratamiento con eltrombopag a dosis de 50 mg/día. A partir de la tercera semana de tratamiento con eltrombopag comenzó a observarse respuesta, alcanzando $45 \times 10^9/L$ plaquetas. Desde entonces el paciente ha mantenido cifras por encima del objetivo terapéutico y no ha presentado complicaciones hemorrágicas ni nuevos ingresos hospitalarios en los cinco meses de seguimiento.

Conclusiones: Los fármacos trombopoyéticos constituyen el avance más reciente en la terapéutica de la TCI. Romiplostin se une al receptor de trombopoyetina de manera competitiva, sin embargo, eltrombopag se une al dominio transmembrana del mismo receptor. Este hecho permite apuntar la posibilidad de que no exista resistencia cruzada entre ambos. Eltrombopag supuso una opción efectiva en el tratamiento de TCI multirefractaria y puede considerarse su utilización incluso tras el fracaso o intolerancia a romiplostin.