

EL ÍNDICE DE PLAQUETAS INMADURAS (IPF) SE CORRELACIONA DIRECTAMENTE CON LA ACTIVIDAD MEGACARIOCÍTICA

C. Encinas, E. Arroyo, M.J. Arcos, I. de la Fuente, J. Martín, E. Colado, J. Olazábal y M.A. García-Marcos

Introducción: El valor IPF se correlaciona con el contenido de RNA de las plaquetas (plaquetas reticuladas), Son plaquetas recién formadas, de mayor tamaño que las maduras y contienen RNA (análogo de los reticulocitos) e indicarían el estado de la trombopoyesis.

Objetivo: Demostrar que el valor IPF se correlaciona con la actividad megacariocítica de la médula ósea (MO).

Método y pacientes: Cuantificación automatizada de plaquetas reticuladas (expresadas como IPF) por el Contador Sysmex XE 2100 (Roche). *Controles:* Se analizan 71 muestras de sangre periférica de pacientes sanos para determinar valores de referencia. *Pacientes:* seguimiento diario del valor IPF en 23 pacientes: Pacientes con quimioterapia (n = 3), PTI (n = 4), TASPE (n = 8), T. Alogénico no mieloablativo (mínalo) (n = 5), trasplante alogénico ablativo (n = 1), trombopenias periféricas de origen no hematológico (n = 2).

Resultados: *IPF en controles:* La media de recuento de plaquetas es de 246000, la media de IPF es de 3,7% (0,7%-7,00%). *IPF en pacientes:* PTT: 24 días de seguimiento, al diagnóstico IPF de 24% con trombopenia severa, tras tratamiento recuperación progresiva de las plaquetas y descenso de IPF. Quimioterapia: Valores de IPF dentro de la normalidad durante la aplasia, aumento progresivo (hasta un 8%) junto a recuperación periférica de cifras de plaquetas. PTI: los valores de IPF estaban elevados (>20%), en todos los casos la médula era megacariocítica. Minialo y TASPE: Seguimiento de 23 días, mantienen valores de IPF normales durante la aplasia postacondicionamiento. Entre el día +7 y + 10 aumento de IPF (10%) con recuperación de plaquetas una semana después y normalización de IPF. Trasplante alogénico ablativo: 68 días. Día +28 trombopenia con IPF normal (aplasia tras acondicionamiento). Los valores de IPF comienzan a aumentar (en torno a 10%) con trombopenia (estable en torno a 50000). Día +44, descenso de plaquetas por lo que se realiza médula ósea que es megacariocítica, los valores de IPF eran muy elevados (> 20%). En el día +55 aumento de LDH y presencia de esquistocitos en sangre periférica, la sospecha clínica es de microangiopatía por ciclosporina, por lo que se sustituye por tacrólimus. A partir de este momento el valor IPF se normaliza y la cifra de plaquetas aumenta y se mantienen estable.

Conclusiones: El valor IPF se correlaciona con la actividad megacariocítica de la MO por lo que se podría determinar el origen central o periférico de una trombopenia, un valor de IPF aumentado indicaría la existencia de producción de plaquetas por la MO, mientras que un valor no aumentado en presencia de trombopenia severa indicaría que existe fallo medular. También tiene claras ventajas en política trasfusional en pacientes trasplantados o que reciben quimioterapia pudiendo predecir con una semana de antelación la recuperación de plaquetas.