

11237
2es
28



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores
Curso de Especialización en Pediatría Médica
1981 - 1983

PURPURA TROMBOCITOPENICA
IDIOPATICA

TESIS DE POSTGRADO

Para obtener el Título en la Especialidad de:

PEDIATRIA MEDICA

QUE PRESENTA LA

Dra. Martha de Loera Serrano

C. H. 20 de Noviembre I. S. S. S. T. E.

MEXICO, D. F.



1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

LA PALABRA "PÚRPURA" SE DERIVA DEL TÉRMINO GRIEGO -- PORPHYRA CON QUE CONOCÍAN AL PEZ PURPURA LAPILLUS, DE CUYAS ESCAMAS SE OBTENÍA UN COLORANTE PURPÚREO. AUNQUE EL TÉRMINO SE UTILIZÓ DURANTE MUCHOS SIGLOS EN EL MUNDO GRECOLATINO PARA DESIGNAR -- EL COLOR PÚRPURA Y PARA SIGNIFICADOS PARECIDOS, NO SE INTRODUJO COMO DENOMINACIÓN DE ENFERMEDAD HASTA EL SIGLO XVI APROXIMADAMENTE. EN ESTA ÉPOCA, LAS FIEBRES MACULOSAS EPIDERMÓIDES (PESTE, TÍFUS O FIEBRE CEREBROESPINAL) SE LLAMARON FIEBRES PURPÚREAS. POSTERIORMENTE, EL TÉRMINO SE APLICÓ A TODA ERUPCIÓN DE COLOR PÚRPURA. AL DARSE CUENTA QUE LAS MANCHAS PURPÚREAS CON FRECUENCIA -- ERAN INDEPENDIENTES DE LA FIEBRE, EL TÉRMINO ADQUIRIÓ UN SIGNIFICADO MAS RESTRINGIDO.

HACE ALGUNOS AÑOS EL DIAGNÓSTICO DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA ERA PROBABLEMENTE MENOS DIFÍCIL YA QUE LOS CRITERIOS CLÁSICOS PARECÍAN ESTAR GENERALMENTE ACEPTADOS Y FIRMEMENTE ESTABLECIDOS. SE DEFINIÓ ESTE TIPO DE PÚRPURA COMO UN TRASTORNO HEMORRÁGICO CARACTERIZADO POR DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE PLAQUETAS, CON CIFRA NORMAL O AUMENTADA DE MEGACARIOCITOS EN LA MÉDULA ÓSEA, Y SIN ESPLENOMEGALIA O TRASTORNO ALGUNO SUBYACENTE.

LA DEMOSTRACIÓN POR HARRINGTON Y COLS., EN 1951, DE LA -- EXISTENCIA DE UN FACTOR ANTIPLAQUETA, CON CARACTERÍSTICAS DE -- AUTOANTICUERPO, EN EL SUERO DE MUCHOS DE ESTOS ENFERMOS, MODIFICÓ RADICALMENTE EL CONCEPTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA, DEMOSTRANDO TAMBIÉN QUE ESTA ENFERMEDAD NO ES SIEMPRE -- IDIOPÁTICA, YA QUE LA TROMBOCITOPENIA PUEDE SER SECUNDARIA A -- OTROS FACTORES, TALES COMO LA INFECCIÓN VIRAL, HIPERSENSIBILIDAD MEDICAMENTOSA, TRASTORNO LINFOPROLIFERATIVO; LUPUS ERITEMATOSO --

GENERALIZADO O A OTROS PADECIMIENTOS. ES IMPOSIBLE, A VECES, SABER SI LA DOLENCIA EN UN PACIENTE DETERMINADO ES VERDADERAMENTE IDIOPÁTICA O NO.

ACTUALMENTE, SE TIENE EL CONCEPTO DE QUE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA ES UN SÍNDROME QUE INCLUYE DIVERSAS ENTIDADES, CON ALGUNAS CARACTERÍSTICAS COMUNES. PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO CORRECTO, ES PRECISO INVESTIGAR SI LA ENFERMEDAD TIENE UNA PATOGENIA INMUNOLÓGICA (4).

CONOCIENDO DE ANTEMANO LA NATURALEZA DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA, PRINCIPALMENTE EN LOS NIÑOS, ES IMPENSABLE ESTABLECER UN MANEJO ADECUADO DE ESTA ENFERMEDAD TANTO EN SU FORMA AGUDA, CRÓNICA Y RECURRENTE.

EN ESTA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA NO SE HA LLEVADO A CABO UN MANEJO UNIFORME DE ESTA ENFERMEDAD, YA QUE NO SE HAN UNIFICADO CRITERIOS DE MANEJO. BASADOS EN ESTA REALIDAD NACIÓ LA INQUIETUD DE EFECTUAR UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS CASOS DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA DE LOS ARCHIVOS DE HEMATOLOGÍA DE ESTA INSTITUCIÓN, Y EN BASE A LOS CONOCIMIENTOS PROCEDENTE DE LA LITERATURA REVISADA, ESTABLECER UN CRITERIO UNIFORME DE MANEJO DE LA P.T.I. EN SUS DIFERENTES FORMAS.

MATERIAL Y METODOS

SE REVISARON LOS REGISTROS DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA - DEL HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE DURANTE LOS AÑOS 1980-1982. SE ENCONTRARON 26 ENFERMOS MENORES DE 15 AÑOS, CON EL DIAGNÓSTICO DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA. SE CONSIDERÓ ESTE DIAGNÓSTICO CUANDO SE ENCONTRARON LOS SIGUIENTES DATOS:

- A) PÚRPURA, ASOCIADA O NO A OTRAS HEMORRAGIAS.
- B) TROMBOCITOPENIA (CUENTA DE PLAQUETAS MENOS DE 100,000)
- C) MEGACARIOCITOS NORMALES O AUMENTADOS EN LA MÉDULA ÓSEA
- D) AUSENCIA DE ALGÚN PADECIMIENTO QUE PUEDE PROVOCAR ESTOS - CAMBIOS.

SE ESTUDIARON LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- TIEMPO DE EVOLUCIÓN PREVIA
- DATOS CLÍNICOS DE INGRESO (LOCALIZACIÓN EN MAGNITUD - DE LA PÚRPURA Y OTRAS HEMORRAGIAS).
- NÚMERO INICIAL DE PLAQUETAS
- ANTICUERPOS ANTIPLAQUETAS
- TIEMPO EN QUE HAY RECUPERACIÓN, CON O SIN ESTEROIDES
- RESPUESTA A LA ESPLENECTOMIA
- RESPUESTA A LOS INMUNOSUPRESORES
- SIN RESPUESTA A LOS DIFERENTES FORMAS DE TRATAMIENTO
- NÚMERO DE PACIENTES CON LA FORMA CRÓNICA, RECURRENTE Y AGUDA
- EDAD
- SEXO
- INFECCIONES PREVIAS
- INFECCIONES EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO
- COMPLICACIONES INFECCIOSAS POST-ESPLENECTOMIA

LOS PACIENTES FUERON TRATADOS: 2 SIN PREDNISONA Y 20 CON PREDNISONA AUNQUE CON ESTOS PACIENTES NO SE TUVIERON CRITERIOS - PRECISOS PARA TRATARLOS CON O SIN CORTICOIDES, YA DEPENDIENDO DE SU EVOLUCIÓN; SI TUVIERON RECAIDAS O NO HUBO NINGUNA RECUPERACIÓN A PESAR DEL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES Y SI LA TROMBOCITOPENIA PERSISTIÓ POR MAS DE 8 SEMANAS FUERON TRATADOS CON ESPLENECTOMIA Y CUANDO A PESAR DE ESTA CIRUGÍA NO HUBO RESPUESTA SE LES ADMINISTRÓ INMUNOSUPRESORES.

RESULTADOS

LA DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO SE ANOTA EN LA TABLA 1

EDAD	MASC	FEM	TOTAL
1-3	2	5	7
4-10	6	11	16
11-15	0	2	2
TOTAL	8	18	26

TABLA 1.- DISTRIBUCION POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SE ENCONTRARON DATOS DE INFECCIÓN PREVIA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES ANTES DE COMENZAR LAS MANIFESTACIONES DE TROMBOCITOPENIA EN 9 ENFERMOS (32%), LOCALIZADAS A RINOFARINGE. EN 10 ENFERMOS - SE ENCONTRÓ INFECCIÓN RINOFARINGEA EN EL MOMENTO DE ESTABLECERSE EL DIAGNÓSTICO DE PÚRPURA TROMBOCITOPENIA PRIMARIA. EN NINGUNO - SE DEMOSTRÓ INFECCIÓN BACTERIANA; POR EXCLUSIÓN SE CONCLUYÓ QUE FUE VIRAL PERO NO SE DEMOSTRÓ.

LA EVOLUCIÓN PREVIA SE CONSIGNA EN LA TABLA 2

EVOL. PREVIA (SEMANAS)	NUM.
1 - 4	17
20 - 50	5
50 - 108	4
TOTAL	26

TABLA 2.- EVOLUCION PREVIA. DISTRIBUCION POR GRUPOS.

LA MAGNITUD DE LA PÚRPURA SE CALCULÓ EN GRADOS DE 1 A 3. GRADO 1 SE CONSIDERÓ CUANDO SOLO HABÍA PETEQUIAS MUY ESCASAS. -

GRADO 2 SI LAS PETEQUIAS ERAN ABUNDANTES, ASOCIADAS CON EQUIMOSIS Y HEMORRAGIAS EN MUCOSA ORAL, GRADO 3 CUANDO LAS PETEQUIAS ERAN MUY ABUNDANTES CON EQUIMOSIS Y HEMORRAGIAS EN MUCOSA ORAL Y ADEMÁS ASOCIADA A SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO.

LOS RESULTADOS SE ANOTAN EN LA TABLA 3.

GRADOS	NÚM.
I	1
II	24
III	0
TOTAL	25

TABLA 3.- MAGNITUD DE LA PURPURA.

EN ALGUNOS ENFERMOS SE ENCONTRARON OTRAS HEMORRAGIAS, - QUE SE CONSIGNAN EN LA TABLA 4, LA EPISTAXIS FUÉ DE MAGNITUD VARIABLE. EN NINGÚN CASO SE ENCONTRÓ HEMORRAGIA EN EL FONDO DE OJO O EN EL S.N.C. LA HEMATURIA FUÉ POCO INTENSA, PROVOCANDO POC A COLORACIÓN DE LA URINA; LA SOSPECHA CLÍNICA SE COMPROBÓ POR EL ESTUDIO GENERAL DE URINA; EN TODOS ELLOS SE DESCARTÓ PATOLOGÍA URINARIA LOCAL.

HEMORRAGIA	NÚM.
EPISTAXIS	11
HEMATURIA	4
TOTAL	15

TABLA 4.- OTRAS HEMORRAGIAS.

LA CIFRA INICIAL DE PLAQUETAS SE ESQUEMATIZA EN LA TABLA 5.

PLAQUETAS x 10 ³	NÚMERO	\bar{x}	D.E.
10 - 50	24	18.7	9
51 - 82	2	7.1	11
T O T A L	26	-	-

TABLA 5.- CIFRA INICIAL DE PLAQUETAS.

SE PRACTICARON ANTICUERPOS ANTIPLAQUETAS EN 11 PACIENTES Y EN TODOS LOS CASOS SE INFORMARON NEGATIVOS (TÉCNICA DE INMUNOFLUORECENCIA).

4 ENFERMOS ABANDONARON EL HOSPITAL INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HECHO EL DIAGNÓSTICO; 22 ENFERMOS FUERON MANEJADOS SEGÚN SE INDICA EN LA TABLA 6.

CON PRED.	20
SIN PRED.	2
TOTAL	22

TABLA 6.- TRATAMIENTO INICIAL

LA PREDNISONA SE INDICÓ A DOSIS DE 2 MG/KG DE PESO. EL TIEMPO EN QUE SE ADMINISTRÓ SE ANOTA EN LA TABLA 7, ASÍ COMO LA RESPUESTA OBSERVADA. EL GRUPO A SE REFIERE A LOS ENFERMOS QUE NO RECIBIERON PREDNISONA. EL GRUPO B SON AQUELLOS QUE LA RECIBIERON DE 1 A 5 SEMANAS Y EL GRUPO C LA RECIBIERON DE 6 A 32 SEMANAS.

GRUPOS	NÚM	RECUP. INICIAL NÚM/8 SEM.	RECAIDAS NÚM/8 SEM.	SIN RECAIDAS EN 1 AÑO	CRÓNICAS
A	2	2/3	NO	2	0
B	16	13/2.2	3/28	10	3
C	4	3/20	3/30.8	0	1
TOTAL	22	18/-	6/-	12	4

TABLA 7.- RESPUESTA AL TRATAMIENTO INICIAL.

EN EL CURSO DE SU EVOLUCIÓN SE CLASIFICARON EN TRES GRUPOS. AGUDA, SI LA ENFERMEDAD DURÓ MENOS DE 8 SEMANAS SIN VOLVERSE A PRESENTAR. CRÓNICA, SI LA TROMBOCITOPENIA PERSISTIÓ POR MÁS DE 8 SEMANAS SIN NINGUNA RECUPERACIÓN DE LA CIFRA DE PLAQUETAS Y RECURRENTE, CUANDO LAS PLAQUETAS SE NORMALIZABAN OBSERVÁNDOSE EN UN TIEMPO VARIABLE, REAPARICIÓN DE LA TROMBOCITOPENIA Y MANIFESTACIONES HEMORRAGICAS.

CLASIFICACIÓN	NÚM.
A	12
R	6
C	4
TOTAL	22

TABLA 8.- CLASIFICACION DE LA PURPURA.

EN 8 ENFERMOS EN QUIENES NO SE OBSERVÓ RECUPERACIÓN DE LA TROMBOCITOPENIA SE PRACTICÓ ESPLENECTOMIA (TABLA 9); EN ÉLLOS, LOS QUE CURSARON CON PÚRPURA RECURRENTE, TUVIERON 2 A 4 RECAIDAS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO INICIAL. EL PACIENTE CON PÚRPURA CRÓNICA TENÍA 8 MESES DE TRATAMIENTO CON PREDNISONA, LA EDAD MÍNIMA DE LOS ENFERMOS SOMETIDOS A ESPLENECTOMÍA FUÉ DE UN AÑO, EN NINGÚN CASO SE OBSERVARON INFECCIONES GRAVES, DESPUÉS DE LA ESPLENECTOMÍA.

NÚM.	P. RECURRENTE NÚM/X REC.	P. CRÓNICA NÚM.
8	4/2.5	4

TABLA 9.- ESPLENECTOMIA EFECTUADA

DESPUÉS DE LA ESPLENECTOMÍA, LA TROMBOCITOPENIA REAPARECIÓ EN 4 ENFERMOS (TABLA 10). EN LA FORMA RECURRENTE LA RECAIDA SE OBSERVÓ DE 4 A 16 MESES. EN LA FORMA CRÓNICA SE PRESENTÓ AL - MES. 2 DE LOS ENFERMOS SIN RESPUESTA A LA ESPLENECTOMÍA RECIBIERON TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES; UNO RECIBIÓ CICLOFOSFAMIDA MAS VINCRISTINA ESTA ÚLTIMA EN UNA DOSIS DE 1 GR. POR SEMANA (1 DOSIS) Y LA CICLOFOSFAMIDA POR 4 SEMANAS 1MG/KG/DÍA Y SE OBSERVÓ RECUPERACIÓN AL CABO DE 2½ MESES QUE PERSISTE HASTA LA FECHA (3 MESES). OTRO RECIBIÓ INMURÁN CUYA DOSIS SE DESCONOCE. SE AUSENTÓ DE LA CONSULTA POR 8 MESES Y DESDE ESTE TIEMPO SE ENCUENTRAN SUS CIFRAS PLAQUETAS NORMALES.

LOS DOS ENFERMOS RESTANTES RECIBIERON PREDNISONA: UNO EN DOS SESIONES DE 4 SEMANAS, 2 MG/KG DE PESO Y SE RECUPERÓ EN 9 MESES Y DESDE ESA FECHA, HASTA LA ACTUALIDAD, CON PLAQUETAS NORMALES (7 MESES). EL OTRO PACIENTE RECIBIÓ PREDNISONA 1 MG/KG/DÍA - POR DOS MESES; POSTERIORMENTE SE AUSENTÓ DE LA CONSULTA SIENDO - SU ÚLTIMA CIFRA PLAQUETARIA DE 50000.

NÚM.	REC/ X MESES	CRÓNICA/MESES
4	1/4	3/7

TABLA 10.- SIN RESPUESTA A ESPLENECTOMIA

EN LA TABLA 11 SE SEÑALA LA RELACIÓN ENCONTRADA, ENTRE - EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN PREVIA, LA EVOLUCIÓN POSTERIOR DE LA ENFERMEDAD Y LA RESPUESTA TERAPÉUTICA OBSERVADA.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN PREVIA	A	R	C	ESPLENECTOMÍA	SIN RESP/ A ESPLENECTOMÍA
20 SEM.	1	4	4	7	4
4 SEM.	11	2	0	1	0
TOTAL	12	6	4	8	4

TABLA 11.- RESPUESTA TERAPEUTICA Y EVOLUCION DE LA PURPURA. RELACION AL TIEMPO DE EVOLUCION PREVIA.

DISCUSION

EN ESTE ESTUDIO ENCONTRAMOS MAYOR FRECUENCIA EN EL GRUPO DE EDAD ENTRE 4 Y 10 AÑOS, Y EN EL SEXO FEMENINO. LOS PACIENTES PRESENTARON DATOS DE INFECCIÓN PREVIA EN LOS 6 MESES QUE PRECEDIERON AL INICIO DE LAS MANIFESTACIONES DE TROMBOCITOPENIA EN - EL 32% DE LOS CASOS.

DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO ENCONTRAMOS QUE LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES TENÍAN UNA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE 1 A 4 SEMANAS AL MOMENTO DE SER VISTOS POR PRIMERA VEZ EN NUESTRA INSTITUCIÓN SIENDO SUS MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS MAS FRECUENTES - PETEQUIAS, EQUIMOSIS Y HEMORRAGIAS EN MUCOSA ORAL, APARECIENDO EN MENOR PORCENTAJE LA HEMATURIA. NO SE PRESENTARON HEMORRAGIAS EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, NI FONDO DE OJO.

LA CIFRA INICIAL DE PLAQUETAS EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS FUÉ MENOR DE $50000/\text{mm}^3$, A PESAR DE LA TROMBOCITOPENIA INTENSA - LAS HEMORRAGIAS FUERON MÍNIMAS. ESTE HECHO ES BIEN CONOCIDO Y - NOS INDICA LA NECESIDAD DE NO TOMAR EN CUENTA LAS CIFRAS DE PLAQUETAS PARA ANTICIPAR LA PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIAS.

EN NUESTROS PACIENTES SE LES PRACTICÓ ANTICUERPOS ANTI-- PLAQUETAS UNICAMENTE EN 11 PACIENTES RESULTANDO TODOS NEGATIVOS, ESTE RESULTADO NO ES CONFIABLE YA QUE UNICAMENTE SE EFECTUÓ EN MENOS DEL 50% DE LOS PACIENTES Y LA TÉCNICA QUE SE LLEVÓ A CABO FUE LA DE INMUNOFLUORESCENCIA SIENDO QUE ÉSTA NOS DA RESULTADOS NEGATIVOS. POR LO QUE CREEMOS CONVENIENTE SEA EFECTUADO ESTE ESTUDIO EN TODOS LOS PACIENTES CON PTI Y SE EFECTUE OTRA TÉCNICA COMO EL MÉTODO DE AGLUTINACIÓN DEXTRÁN PLAQUETAS Ó LA PRUEBA DE

INMUNOLESIÓN CON FACTOR 3 DE PLAQUETAS. ESTAS PRUEBAS HAN DADO RESULTADOS POSITIVOS EN EL 65% DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE PTI (2) EL ELEVADO PORCENTAJE DE RESULTADOS POSITIVOS CONSTITUYE UNA EVIDENCIA DE MAYOR SENSIBILIDAD.

LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES (76%) FUERON TRATADOS CON PREDNISONA Y EL 7.6% ÚNICAMENTE FUÉ TRATADO CON REPOSO SIN PREDNISONA; SIENDO SU EVOLUCIÓN SEMEJANTE EN LOS DOS GRUPOS CON UNA RECUPERACIÓN EN EL CURSO DE 2 A 3 SEMANAS.

LOS PACIENTES QUE TENÍAN UNA EVOLUCIÓN PREVIA DE MENOS DE 5 SEMANAS QUE TUVIERON UNA RECUPERACIÓN MEJOR QUE LOS QUE TENIAN UNA EVOLUCIÓN MÁS PROLONGADA. DE ESTOS ÚLTIMOS, DEPENDIENDO DE SU EVOLUCIÓN; LOS QUE TUVIERON RECAÍDAS Y LOS QUE NO RESPONDIERON AL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES SE LES PRACTICÓ ESPLENECTOMÍA, HABIENDO RECUPERACIÓN EN EL 50% DE LOS CASOS Y -- LOS QUE NO TUVIERON RECUPERACIÓN FUERON TRATADOS CON ESQUEMAS DIFERENTES.

EL MANEJO DE LOS PACIENTES QUE RECAEN DESPUÉS DE LA ESPLENECTOMÍA NO ES UNIFORME; EN EL HOSPITAL DE TORONTO (3) PASAN A UN PROGRAMA DONDE RECIBEN ÁZATIOPRINA Ó 6-MERCAPTOPURINA; EN ALGUNOS CASOS SE LES ADMINISTRA ACTINOMICINA D, CICLOFOSFAMIDA O VINBLASTINA. NOSOTROS TUVIMOS CUATRO ENFERMOS SIN RESPUESTA A LA ESPLENECTOMÍA.

AUNQUE UNO DE ELLOS ESTÁ EN REMISIÓN DESPUÉS DE 3 MESES DE HABER RECIBIDO EL TRATAMIENTO, LA POSIBILIDAD DE UNA NUEVA RECAÍDA, EXISTE. EL SEGUNDO ENFERMO NO SE OBSERVÓ ADECUADAMENTE POR SU INASISTENCIA AL HOSPITAL, PERO DESPUÉS DE 8 MESES NO SE ENCONTRÓ EN REMISIÓN. LOS DOS PACIENTES QUE RECIBIERON INMUNOSUPRESORES SE MANTIENEN LIBRES DE LA ENFERMEDAD DURANTE 3 Y

8 MESES DESPUÉS DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO, AUNQUE LA BIBLIOGRAFÍA OFRECE DATOS CONTRADICTORIOS (2), LO OBSERVADO EN ESTOS CUATRO PACIENTES, SUGIERE LA CONVENIENCIA DE EMPLEAR INMUNOSUPRESORES EN AQUELLOS QUE NO RESPONDEN A LA ESPLENCTOMÍA. SEGÚN VARIOS AUTORES LA VINCRISTINA O VINBLASTINA SON DE ELECCIÓN. - CON NUESTRO MATERIAL, POR ESCASO, NO PODEMOS INFERIR CONCLUSIONES AL RESPECTO.

EN NUESTROS PACIENTES A QUIENES SE LES PRACTICÓ ESPLENECTOMÍA NO SE ENCONTRARON DATOS DE INFECCIONES SEVERAS, AUNQUE EXISTE LA INFORMACIÓN EN LA QUE LOS PACIENTES ESPLENECTOMIZADOS CUANDO SON MENORES DE 4 AÑOS SUFREN ESTE TIPO DE INFECCIONES Y EN NUESTROS PACIENTES SE EFECTUÓ ESPLENECTOMÍA EN NIÑOS DE 1 AÑO.

LA DECISIÓN DE EFECTUAR ESPLENECTOMÍA DEPENDE DE LA INTENSIDAD DE LAS HEMORRAGIAS COMPARADA CON EL RIESGO POTENCIAL DE UNA INFECCIÓN INTENSA POSTERIOR. GENERALMENTE ES POSIBLE RETRASAR LA CIRUGÍA PORQUE LA MAYORÍA DE ESTOS PACIENTES CURSAN CON LA FORMA RECURRENTE DE LA PÚRPURA.

CONCLUSIONES

- 1.- SE REVISARON LOS CASOS DE 26 PACIENTES MANEJADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE DE 1980 A 1982.
- 2.- SE REVISARON EL TIPO DE HEMORRAGIAS EN RELACIÓN CON LA --- CUENTA DE PLAQUETAS SIN OBSERVARSE RELACIÓN ENTRE ELLAS.
- 3.- NO SE ENCONTRÓ NINGUNA HEMORRAGIA QUE PUSIERA EN PELIGRO LA VIDA DEL ENFERMO.
- 4.- SE ENCONTRÓ PREDOMINIO DE LA FORMA AGUDA DE LA ENFERMEDAD. LA NORMALIZACIÓN DE LA CUENTA PLAQUETARIA SE PRESENTÓ AL MISMO TIEMPO CUANDO, EN LA FORMA AGUDA, LOS PACIENTES RECIBIERON O NO PREDNISONA.
- 5.- SE ENCONTRÓ MEJOR PRONÓSTICO CUANDO LOS PACIENTES TUVIERON EVOLUCIÓN PREVIA MENOR DE 4 SEMANAS.
- 6.- LA INDICACIÓN DE LA ESPLENECTOMÍA ESTÁ EN RELACIÓN CON LA EDAD Y LAS INDICACIONES DE TARAPIA INMUNOSUPRESORA.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AFIFI A. M. CHILDHOOD IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA IN EGYPT AND THE NEIGHBORING ARAB COUNTRIES: A REGIONAL FORM WITH THREE DIFFERENT PATTERNS OF CLINICAL EXPRESSION. ACTA HAEMAT. 65: 211-216 (1981).
- 2.- BALDINI MARIO G. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA Y SÍNDROME DE LA MISMA CLÍNICAS MÉDICAS DE NORTEAMÉRICA - ENERO 1972 47 6 63.
- 3.- DORANTES S. RESTREPO A, HENDLER H. N. GRUPO COOPERATIVO LATINO AMERICANO DE HEMOSTASIS Y TROMBOSIS IMSS-MÉXICO - D. F. 1982.
- 4.- LIGHTS A.L. JR. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA. CLÍNICAS PEDIÁTRICAS DE NORTEAMÉRICA VOL. 2 PAGS. 305-311. 1980
- 5.- Mc CLURE P. D. IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA IN CHILDREN. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT. PEDIATRICS FOR DEVELOPING COUNTRIES 68-74
- 6.- MC INOTOSH S. JOHNSON CH. HARTIGAN P. IMMUNOREGULATORY ABNORMALITIES IN CHILDREN WITH THROMBOCYTOPENIC PURPURA THE JOURNAL OF PEDIATRICS VOL. 99 No. 4 PAGS. 525-530 1981.
- 7.- Mc MILLAN R. COMDR G. ANTIBODY AGAINST MEGAKARYOCYTES IN IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA JAMA VOL. 939, - No. 23 PAGS. 2460-62 JUNE 9 1978.
- 8.- RUSSEU H. TOMAS M. D. STUART MARIE. PREDICTING ACUTE VS CHRONIC CHILDHOOD IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA AM,

J. DIS CHILD, VOL. 135, PAGES 446-449 MAY 1981.

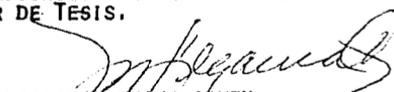
- 9.- STEVEN M.S. CHARLES A.M. MASSAN M.Y. IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA IN CHILDREN. THE JOURNAL OF PEDIATRICS VOL. 87 No. 1 PAGES 16-22 JULY 1975
- 10.- SMITH CH. HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA SALVAT, BARCELONA - PAGES. 802-864 1970
- 11.- WOERNER ABILDAGAARD CH. F. Y FRENCH B. N. INTRACRANEAL HEMORRAGE IN CHILDREN WITH IDIOPATHIC TROMBOCYTOPENIC PURPURA PEDIATRICS VOL. 67, No. 4 PAGES. 453-460 APRIL 1981.



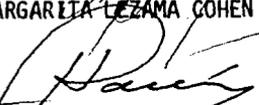
DR. ENRIQUE ABOGADO RODRIGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO DE PEDIATRÍA
ANTE LA U.N.A.M. EN EL CENTRO HOSPITALARIO 20 DE -
NOVIEMBRE.



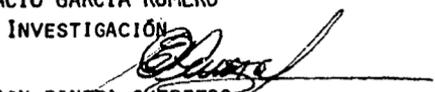
DR. MANUEL ANTONIO LOPEZ HERNANDEZ
MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y
DIRECTOR DE TESIS.



I. Q. MARGARITA LEZAMA COHEN
ASESOR.



DR. HORACIO GARCIA ROMERO
JEFE DE INVESTIGACIÓN



DR. EFRAIN PINEDA GUERRERO
JEFE DE ENSEÑANZA.