



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

11227
27
Sej

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL REGIONAL

"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA.

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PRESENTA EL:

DR. FIDEL MACHADO CARRILLO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA

I.S.S.S.T.E.

MEXICO, D. F. 1999



0270869

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

PAGINACION
DISCONTINUA.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

"FACULTAD DE MEDICINA"

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

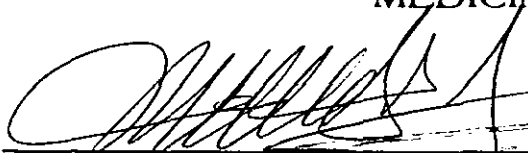
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA


TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL

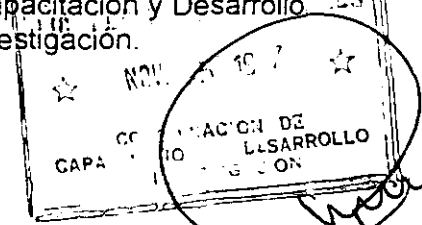
DR. FIDEL MACHADO CARRILLO

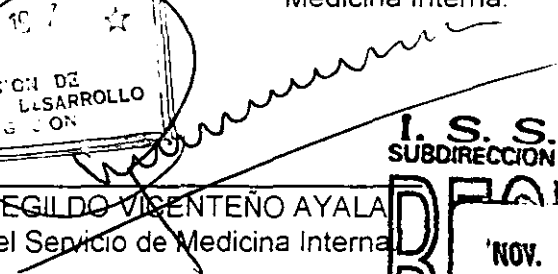
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN

MEDICINA INTERNA


DR. BENJAMIN MANZANO SOSA
Coordinador de Capacitación y Desarrollo
de Investigación.


DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA
Profesor Titular del Curso de
Medicina Interna.


DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
NOV. 6 1997


DR. HERMENEGILDO VICENTEÑO AYALA
Coordinador del Servicio de Medicina Interna

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
REVISADO
NOV. 6 1997
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

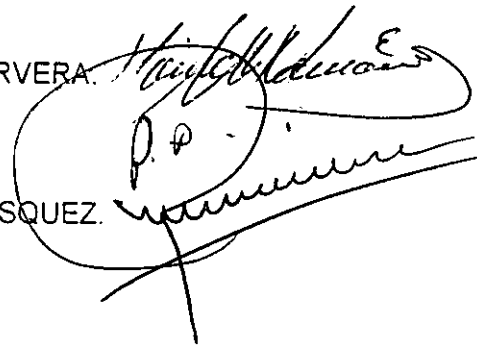
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PURPURA
TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA.

AUTOR: DR. FIDEL MACHADO CARRILLO.

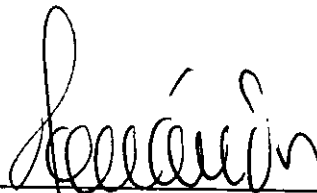
DOMICILIO AV. UNIVERSIDAD 1321 COL. FLORIDA
DELEGACION ALVARO OBREGON
MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

ASESOR: DR DANIEL SOMUANO BERVERA.

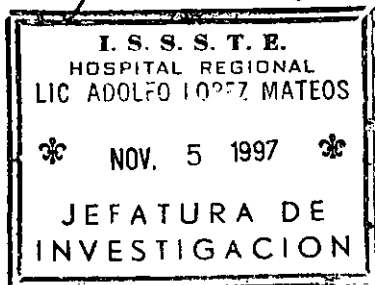
VOCAL DE INVESTIGACION : DRA. VICTORIA GOMEZ VASQUEZ.



DRA. IRMA ROMERO CASTELAZO
Jefe de Investigación



DR. ANDRES HERNANDEZ RAMIREZ
Jefe de Capacitación y Desarrollo.



México D.F. a Octubre de 1997.

DEDICADO A:

A mi familia, por su apoyo incondicional
Al Dr Elguero por su apoyo y enseñanza.

CONTENIDO

	Pagina
I. RESUMEN.....	1
II. INTRODUCCION.....	3
III. MATERIAL Y METODO.....	9
IV. RESULTADOS.....	11
V. DISCUSION.....	13
VI. CONCLUSIONES.....	15
VII.FIGURAS Y TABLAS.....	16
VIII.BIBLIOGRAFIA.....	23

RESUMEN

OBJETIVO. Determinar La utilidad de los tratamientos médico y quirúrgico así como los efectos colaterales en pacientes con Púrpura Trombocitopénica Idiopática.

LUGAR. Servicio de Hematología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" De Junio de 1977 a Junio de 1997.

PACIENTES. Estudio Retrospectivo de 84 pacientes divididos en dos grupos el primero con tratamiento médico exclusivamente y el segundo con tratamiento quirúrgico.

INTERVENCION. Se revisó historia clínica, exámenes de laboratorio, Biometria Hemática completa, TP y TPT, química sanguínea y electrolitos séricos, se revisaron tratamientos administrados a uno y otro grupo. Se tomaron en cuenta como criterios de buena respuesta al tratamiento a: -Plaquetas de mas de 150,000/mm³, ausencia de tratamiento posterior, petequias +, Ausencia de Sangrado y/o sangrado transvaginal. Y de mala respuesta -Plaquetas menos de 150,000/mm³, que ameritarán tratamiento médico posteriormente, petequias ++ ó más, presencia de sangrado transvaginal ó epistaxis.

RESULTADOS. En el primer grupo se observó una disminución poco significativa de los valores de cifras de plaquetas, en el segundo grupo se observó una disminución estadísticamente significativa ($p < 0.05$) posterior al tratamiento quirúrgico hubo mas pacientes con cifras de plaquetas normales (mas de 150,000/mm³) estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

Los efectos colaterales más frecuentemente observados fueron: síndrome de Cushing,

neumonias de repetición, hemorragias de retina y cerebral. estos mejoraron con suspensión del esteroide, administración de antibióticos y plaquetas respectivamente.

CONCLUSIONES. 1.- El tratamiento médico es la primera opción en pacientes con PTI. 2.- En pacientes donde falla el tratamiento médico se aplica tratamiento quirúrgico 3.- los efectos colaterales se presentaron más frecuentemente en pacientes con tratamiento médico que con tratamiento quirúrgico y mejoran con medidas adecuadas.

PALABRAS CLAVE:

Tratamiento

Purpura Trombocitopénica Idiopática

Esplenectomía

Plaquetas

Efectos colaterales.

SUMMARY

SUBJECT: To determinate the utility of the treatments medical and surgical as well as the collateral effects in patients with Idiopathic Thrombocytopenic Purpura.

SITE: Hematology Service of the Regional Hospital " Lic. Adolfo López Mateos" From June of 1977 to June of 1997.

PATIENT: Retrospective study of 84 patients divided in two groups the first with medical treatment exclusively and the second group with surgical treatment.

INTERVENTION. It was revised clinical history, exams of laboratory, complete hematology, PT and TTP, sanguine chemistry and serum electrolytes, we revised treatments administered to one and another group. Were considered in criteria of good answer to the treatment to: Platelets of more than 150,000/mm³, absence of posterior medical treatment, Petechias +, and absence of bleeding and or transvaginal bleed. And wrong answer. Platelets less of 150,000/mm³, that require medical treatment subsequently, petechias++or more, and presence of bleeding or epistaxis.

RESULTS: In the first group was observed a not very significant decrease of the number of platelets, in the second group a decrease was observed significant statistically ($p < 0.05$) hind to the surgical treatment more patients had with the platelets normals (more than 150,000/mm³) statistically significant ($p < 0.001$).

the collateral effect frequently observed was: Cushing Syndrome, Pneumonia, retinal bleeding and cerebral bleeding.: This improved with suspension of steroid, antibiotic and platelet administration respectively.

CONCLUSION: 1.-The medical treatment is the first option in patients with ITP.2.-In patients with failure in medical treatment, it was realized surgical treatment. 3.- The collateral effects were shown in patients more frequently with medical treatment as well in surgical treatment and improve with adequate measures.

KEY WORDS: Treatment

Idiopathic Thrombocytopenic Purpura.

Splenectomy.

Platelets.

Collateral effects.

INTRODUCCION

Las plaquetas que provienen de los megacariocitos de la médula ósea, en la circulación sanguínea se distinguen por su forma discoide y tamaño aproximado de 1-3 micras de diámetro; normalmente sobreviven de 9-10 días, y cuando aumenta su utilización o destrucción también lo hace su producción. Su función normal es contribuir a mantener la integridad del sistema de hemostasia al evitar la aparición de hemorragia o trombosis.

Trombocitopenia es el termino que se refiere a la disminución de plaquetas por debajo de la cifra normal, en sangre periférica (50,000-400,000/mm³) y es la causa más frecuente de sangrado anormal. Cuando no es posible determinar la causa de la trombocitopenia se le llama primaria o idiopática denominación que no tiene significado específico, aunque es útil desde el punto de vista clínico y constituye la base para la clasificación etiológica de las trombocitopenias. (1)

Una disminución en la concentración de plaquetas circulantes es la causa mas común de alteraciones hemorrágicas, aunque no hay una relación estricta entre el número de plaquetas, y la aparición de sangrado, la mayoría de los pacientes con 10,000 plaquetas ó menos sangran anormalmente, mientras que los que tienen 50,000 ó más estarán protegidos (2). La purpura trombocitopenica idiopática se refiere a la disminución de plaquetas en la que factores etiológicos externos y enfermedades asociadas con la trombocitopenia secundaria han sido descartadas, la enfermedad es pues un diagnóstico de exclusión, la alteración resulta de una destrucción plaquetaria acelerada atribuible a un proceso inmunológico (3).

En la fisiopatogenia de las formas inmunológicas de trombocitopenias. es condición fundamental, la formación de anticuerpos antiplaquetarios. los anticuerpos se producen principalmente en el bazo, en los individuos afectados, el tejido esplenico produce 50

veces mas IgG que el de sujetos normales, sin embargo en muchas ocasiones después de la esplenectomía la IgG asociado a plaquetas continua aumentada pues la producción del anticuerpo prosigue en sitios como hígado y médula ósea (4). La trombocitopenia puede iniciar como un hallazgo incidental en un paciente asintomatico ó como un signo de un desorden que amenaza la vida. La historia clinica, el examen fisico y el frotis de sangre periférica puede ayudar el médico a determinar el diagnóstico y tratamiento. Después del conteo sanguíneo inicial, se repite para eliminar la posibilidad de error de laboratorio se requieren asimismo examenes de laboratorio completos. La historia puede revelar enfermedad relacionada factores de riesgo tales como infecciones y uso de drogas o una historia familiar sugestiva de trombocitopenia congénita. El examen fisico se concentrará en los sistemas linfático y hepatoesplénico, y con la observación médica de ictericia, fiebre y petequias. Con la revisión de conteo sanguíneo completo y frotis de sangre periférica el esfuerzo inicial es completar y poder prevenir examnes adicionales innecesarios. El sangrado espontaneo serio es un riesgo solo en pacientes con niveles de plaquetas por abajo de 20,000/mm³.(5).El cuadro clínico en la purpura trombocitopénica idiopática aguda es de infecciones a 3 semanas de instalada, la trombocitopenia hay también sangrado que usualmente es leve, aunque puede haber sangrado fulminante, hay fiebre de bajo grado y puede palpase el bazo en un 10% de los casos en los casos de PTI crónica el cuadro es mas insidioso (6). Los hallazgos de laboratorio son alteraciones en el tamaño y morfologia de las plaquetas el tamaño puede ser hasta de 4 micras de diámetro, llegando a ser hasta de 10 micras y su morfología ser microesferociticas y esquistociticas (7). Algunos resultados sugieren que en la PTI hay anticuerpos especificos contra receptores de membrana gpIIb y gpIIIa (8).

Después de las leucemias agudas, La PTI es la principal causa hematológica de aparición de trombocitopenia. Existe la forma aguda que aparece en niños de 2-6 años

de edad, después de una infección viral ; esta trombocitopenia es producida por IgG y se autolimita en 80-90% de los casos En segundo lugar existe la PTI crónica que es la forma mas frecuente de trombocitopenia inmunológica; ocurre principalmente en mujeres adultas y menos frecuentemente en varones. el anticuerpo antiplaquetario generalmente es IgG (92%) de los casos puede acompañarse de IgM y mas raramente de IgA.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA.

- 1.-cuadro clínico con hemorragia sistémica petequial.
- 2.-ausencia de esplenomegalia.
- 3.-trombocitopenia, con plaquetas con vida media acortada.
- 4.-médula ósea con megacariocitos aumentados y presencia de megatrombocitos en sangre periférica.
- 5.-ausencia de enfermedad asociada en especial de la colagena.
- 6.-presencia de anticuerpos antiplaquetarios.(9).

En opinión de expertos apoyados por la Asociación Americana de Hematología la mayoría de las pruebas diagnósticas son innecesarias, en pacientes con PTI acompañado de sangrado severo requieren de tratamiento con glucocorticoides, inmunoglobulina intravenosa, y otras medidas.(10). Sin embargo, el tratamiento y hospitalización es frecuentemente innecesario cuando el paciente tiene solo trombocitopenia leve ó sangrado minimo (11).

El tratamiento para purpura trombocitopénica idiopática es transfusión de plaquetas, esteroides inmunoglobulina intravenosa y esplenectomía. muy probablemente la transfusión de plaquetas en la PTI este relacionada con la heterogeneidad de la

sobrevida plaquetaria y la respuesta de la médula ósea en esta enfermedad, aunque la modulación inmune con esteroides o inmunoglobulinas es claramente el tratamiento primario. Estos informes apoyan el ensayo de que las transfusiones plaquetarias, son medidas temporales en pacientes con sangrado importante (12). Cuando el paciente esta sintomático hay petequias y sangrado se indican plaquetas no hay duda que el desarrollo de transfusiones plaquetarias fuerón avance mayor que permitió el uso de quimioterapia más agresiva así hecha posible. la utilidad de estas transfusiones han salvado muchas vidas y quiero enfatizar en el invaluable uso de estas. La pregunta que deberíamos hacernos es cuando administrarlas para obtener el máximo beneficio y el mínimo riesgo (13). Si el paciente no tiene evidencia de consumo de plaquetas las plaquetas que se transfunden tendrán una sobrevida de 3-5 días cualquier incremento en el consumo de plaquetas aumentará sus requerimientos necesitando transfusiones incluso diariamente, en situaciones muy severas será necesario administrar plaquetas tan frecuentemente como cada 6 hs. En estos casos menos paquetes pueden ser necesarios para mantener la hemostasia adecuada. Se necesitará conteo plaquetario diario en estos pacientes pero cuando la respuesta a la transfusión es pobre un conteo deberá ser efectuado 10 minutos a 1 hora después de la transfusión(14).

Los esteroides son generalmente el tratamiento de primera línea pero dan remisiones a largo plazo solo en 20% de los adultos. Altas dosis de IgG humana intravenosa pueden incrementar la cuenta plaquetaria en 70%-80% de los adultos que tienen PTI crónica. (por ejemplo, enfermedad de más de 6 meses de duración), que solo mejora con tratamiento específico (15). La mayoría de los niños responden con remisión completa tras la administración de prednisolona en un estudio 20 de 27 pacientes remitieron, solo uno ameritó esplenectomía luego de la falla de tratamiento

inmunosupresor, otros continuarán con epistaxis y petequias aunque no se esplenectomizarón (16). Dado que la mayoría de los niños tienen remisión espontánea y luego de tratamiento con esteroides, la esplenectomía ceemos es un tratamiento agresivo que debe reservarse para casos sintomáticos severos y en pacientes con trombocitopenia severa (17). En los niños con PTI puede ocurrir en forma aguda y crónica en general ambas enfermedades son leves, y pueden ser manejadas conservadoramente, la formas de tratamientos son altamente controvertidas y varían ampliamente entre pediatras y centros hospitalarios. Aproximadamente 5% de los niños con PTI desarrollarán enfermedad crónica con trombocitopenia severa y sangrado (18). De los pacientes que se someten a esplenectomía, 77% muestran respuesta completa un mes después de la cirugía 10.2% respuesta parcial y 12 % no responden. La esplenectomía se recomienda para PTI crónica, hay un porcentaje de 80% que responde a la esplenectomía finalmente y 10% completan su buena respuesta con bajas dosis de prednisona después de la esplenectomía, hay 10% de pacientes que no responden al tratamiento médico ni la esplenectomía y constituyen un subgrupo de pacientes con alta morbi-mortalidad (19).

La esplenectomía incrementa el riesgo de sepsis durante toda la vida, la incidencia de infecciones postesplenectomía varía desde neumonía leve hasta sepsis fulminante (20). La susceptibilidad a infecciones es mayor para microorganismos capsulados tales como neumococo y hemofilus influenza (21). Se ha reconocido este peligro y se ha intentado el tratamiento profiláctico con penicilina después de la esplenectomía se ha dado eritromicina a pacientes con alergias a la penicilina (22). Se ha utilizado una vacuna de polisacáridos de neumococo polivalente la vacuna es eficaz y protege contra infecciones en especial en individuos viejos, paciente inmunocoprometidos y

enfermos con enfermedades pulmonares(23) la vacuna debe administrarse 10 años después de la esplenectomía como refuerzo(24).

En el presente estudio se trata de determinar la utilidad de los tratamientos médico y quirúrgico en los pacientes con diagnóstico de Purpura Trombocitopénica Idiopática.

MATERIAL Y METODO.

Se efectuó un estudio retrospectivo en el servicio de Hematología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" en los últimos 20 años de Junio de 1977 a Junio de 1997.

Se revisaron 109 expedientes de pacientes con diagnóstico de Purpura Trombocitopénica Idiopática.

Se incluyeron expedientes con diagnóstico de Purpura Trombocitopénica Idiopática, con estudios de laboratorio completos con edades fluctuando entre 4 a 79 años y derechohabientes del ISSSTE.

Se excluyeron expedientes incompletos ó que no estuvieran se dividieron en dos grupos el grupo A pacientes con Purpura Trombocitopénica Idiopática con tratamiento médico exclusivamente, y el grupo B, pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico (esplenectomía).

Se analizó sexo, edad, cuenta de plaquetas antes y después de tratamiento médico y quirúrgico. Petequias de acuerdo a la siguiente clasificación:

- Petequias + cuando se observaban solo en miembros inferiores.
- Petequias ++ cuando se observaban en miembros superiores e inferiores.
- petequias +++ cuando se observaron en todo el cuerpo.
- sangrado cuando se presentó epistaxis y/ó sangrado transvaginal.

Tipo de tratamiento médico o quirúrgico y efectos secundarios a tratamiento.

Se consideró buena respuesta al tratamiento :

- plaquetas 150,000 ó mas.
- ausencia de tratamiento médico posterior.
- petequias +

-ausencia de epistaxis y/o sangrado transvaginal.

Se comparó la respuesta al tratamiento médico y quirúrgico de ambos grupos con χ^2 con significancia estadística <0.05 .

RESULTADOS.

Se revisaron 109 expedientes con diagnóstico de Purpura trombocitopénica idiopática (PTI), se eliminaron 25, se dividieron en 2 grupos A y B. (Gráfica 1). En el grupo A fueron 39 pacientes (Tabla 1), de los cuales fueron 28 mujeres y 11 hombres, con un promedio de edad de 37.2 años con un rango de 4-79 años (Tabla 2), presentando un promedio de evolución de la enfermedad fue de 21.3 meses con un rango de 10 a 48 meses (Tabla 3). Las enfermedades más frecuentemente asociadas que se observaron son diabetes mellitus (5), hipertensión arterial sistémica (6), Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (1) e Insuficiencia cardíaca congestiva (1), (Tabla 4). Los valores reportados de plaquetas fueron en promedio de $2879 \pm 2366/\text{mm}^3$, con rango de 800 a $10,000/\text{mm}^3$ con un intervalo de confianza (IC) de 95% antes del tratamiento, y un promedio de $21,033 \pm 18,029/\text{mm}^3$ con un rango de 1000 a $63100/\text{mm}^3$ con IC de 95% después del tratamiento (Tabla 5). Se observaron efectos colaterales en 18 pacientes, estos son Síndrome de Cushing iatrogénico (4), Neumonías de repetición (6), Hemorragia retiniana (4), hemorragia cerebral (1). (Tabla 6). Se registraron 3 pacientes con buena respuesta y 36 pacientes con mala respuesta (Tabla 7)

En el grupo B se registraron 45 pacientes, 33 mujeres y 12 hombres (Tabla 1), con un promedio de edad de 38.7 años, con un rango de 10 a 76 años (Tabla 2), presentando un promedio de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico hasta la esplenectomía de 20.6 meses con un rango de 0.75 a 72 meses (Tabla 3). Las enfermedades asociadas son diabetes mellitus (3), Hipertensión arterial (4), Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (2), e insuficiencia cardíaca congestiva (1), (Tabla 4). Los valores observados de plaquetas eran de un promedio de $21,326 \pm 17,414/\text{mm}^3$, con un

rango de 1000 a 57.000/mm³ con IC de 95% antes de la esplenectomía; y un promedio de 191.970±102.517/mm³ con un rango de 37,000 a 474.000/mm³ después de la esplenectomía (Tabla 5). Los efectos colaterales observados fueron síndrome de Cushing iatrogénico (4), neumonías de repetición (4), hemorragia retiniana (3), (Tabla 6). 41 pacientes tuvieron buena respuesta y 4 pacientes tuvieron mala respuesta al tratamiento (Tabla 7).

El número de pacientes en ambos grupos fue similar, El número de pacientes del grupo B con buena respuesta al tratamiento fue mayor (41) que el número de pacientes con buena respuesta del grupo A (4) $p < 0.05$, análisis estadístico en ambos grupos con χ^2 , la mejoría con después del tratamiento médico en las cifras de plaquetas fue mínima (gráficas 2 y 3), Con tratamiento quirúrgico en cambio se observó mejoría significativa en el número de plaquetas (Gráfica 4 y 5).

DISCUSION

La purpura trombocitopénica idiopática es una enfermedad hematológica, que más comunmente provoca sangrado anormal, su incidencia se desconoce dado que es un diagnóstico de exclusión. En los niños es una enfermedad aguda, que tiende a la recuperación espontánea en la mayoría de los casos. En los adultos es un proceso crónico que no remite espontáneamente y en la mayoría lleva a un tratamiento agresivo como la esplenectomía. Es una de las principales causas de morbilidad en pacientes sin enfermedad maligna (leucemia). Sus complicaciones generalmente se dan de acuerdo al grado de trombocitopenia; provocando hemorragia de varios órganos; cerebro, retina y piel más comunmente. Existen diversos tratamientos; transfusión de plaquetas, administración de esteroides, medicamentos inmunosupresores, inmunoglobulinas y esplenectomía. En este estudio se valoró la utilidad de la esplenectomía en pacientes con diagnóstico de purpura trombocitopénica idiopática exclusivamente, en general se observó que con tratamiento médico hubo 5 pacientes que elevaron su cifra de plaquetas por arriba de 50,000/mm³, que según algunos autores se podría mantener con tratamiento médico; hubo una elevación significativa en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico en promedio 173,300/mm³ de acuerdo con la literatura, dado que después de la esplenectomía se reporta recuperación a lo normal de 80-90% de la cifra de plaquetas en estos pacientes. Por lo que el tratamiento quirúrgico mostró mejores resultados en el grupo de pacientes con enfermedad crónica tal como se refiere en la literatura. Se debe tomar en cuenta que el estudio tiene un sesgo ya que no fueron muestras aleatorizadas por ser un estudio retrospectivo

Se han reportado efectos colaterales con tratamiento médico 38.4% de los pacientes en tanto que en la literatura se reporta 10%. En los pacientes con tratamiento quirúrgico hubo complicaciones en 15.5% de los pacientes. El síndrome de Cushing se presentó después de 2 meses de tratamiento con esteroide a altas dosis, las neumonías fueron en general en los mismos pacientes la hemorragia cerebral y retiniana se correlacionó con cifras de plaquetas por debajo de 2000/mm³, en los pacientes con síndrome de Cushing se suspendió el tratamiento con esteroides y se indicó inmunosupresores, (azatioprina o ciclofosfamida), en los pacientes con neumonía se agregó antibiótico.

Es claro que la esplenectomía es mejor tratamiento para los pacientes con purpura trombocitopénica idiopática crónica, la cual se presenta en adultos. Se abusó de la esplenectomía en 5 pacientes 11.1% ya que con bajas dosis de prednisona 5-10mg se estaba manejando la enfermedad sin complicaciones de sangrado y con cifra de plaquetas por arriba de 50,000/mm³, según algunos autores. Solo se realizó esplenectomía en 3 niños que por cuadro clínico y cifra de plaquetas si lo ameritaron. Dado el número de pacientes adultos es un estudio de PTI crónica. relación mujer:hombre de 2.4:1, y de 2.7:1 en el segundo grupo.

Según los datos de este estudio podemos suponer que el protocolo de manejo en pacientes con purpura trombocitopénica idiopática inicialmente es con manejo médico, salvo en aquellos casos en que las cifras de plaquetas están por abajo de 5000/mm³, el tratamiento quirúrgico es de primera elección y en caso de que el tratamiento médico falle se deberá esplenectomizar a los pacientes. y aún en estos casos existirá mala respuesta en 8.8% dichos casos tienen un pronóstico fatal.

CONCLUSIONES.

- 1.- El tratamiento de primera elección para un paciente con Purpura Trombocitopénica Idiopática. Es el tratamiento médico.
- 2.- En pacientes donde falla el tratamiento médico se aplica el tratamiento quirúrgico.
- 3.- El tratamiento quirúrgico no está indicado en la Purpura Trombocitopénica idiopática aguda.
- 4.- Los efectos colaterales se presentan hasta en un 30.9% de los pacientes, suspendiendo el esteroide, aplicación de antibióticos y administración de plaqueta los efectos colaterales más frecuentes son: Síndrome de Cushing, Neumonías de repetición, Hemorragias de retina y cerebro.
- 5.- Los efectos colaterales se observan más frecuentemente en pacientes con tratamiento médico que con tratamiento quirúrgico.

Tabla 1. Distribución total y por sexo de 84 pacientes con Purpura Trombocitopénica Idiopática (PTI). asignados a 2 grupos con tratamiento médico y quirúrgico en el servicio de Hematología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" Desde junio de 1977 a junio de 1997 .

GRUPO DE PACIENTES	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
Pacientes con tratamiento Médico.	11	28	39
Pacientes con tratamiento Quirúrgico	12	33	45

Tabla 2. Edades de 84 pacientes con PTI asignados a 2 grupos tratados medicamente y con cirugía en el servicio de hematología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" De Junio de 1977 a Junio de 1997.

GRUPO DE PACIENTES	PROMEDIO	RANGO
	Edad (años)	Edad(años)
Pacientes con tratamiento Médico.	37.2	4-79
Pacientes con tratamiento Quirúrgico.	38.7	10-76

Tabla 3. Distribución de tiempo de evolución de 84 pacientes con PTI sometidos a tratamiento médico y quirúrgico asignados a 2 grupos en el servicio de Hematología del Hospital regional "Lic. Adolfo López Mateos" De Junio de 1977 a Junio de 1997.

GRUPO DE PACIENTES	PROMEDIO EVOLUCION DE LA PTI (meses)	RANGO EVOLUCION DE LA PTI (meses)
Pacientes con trata- miento Médico.	21.2	4-48
Pacientes con trata- miento Quirúrgico.	20.6	0.75-72

Tabla 4. Enfermedades observadas en 84 pacientes con PTI con sometidos a tratamiento médico y quirúrgico asignados a 2 grupos en el servicio de Hematología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" Desde Junio de 1977 a Junio de 1997.

ENFERMEDAD	GRUPO A	GRUPO B	TOTAL
Diabetes Mellitus	5	3	8
Hipertensión arterial	6	4	10
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.	1	2	3
Insuficiencia cardiaca congestiva	1	1	2

**ESTA TERCERA NO DEBE
VALER DE LA PRESENTE**

Tabla 5. Valores observados de cifras de plaquetas en 84 pacientes con PTI asignados a 2 grupos con tratamiento médico y quirúrgico en el servicio de Hematología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" Desde Junio de 1977 a Junio de 1997.

VARIABLE	GRUPO A	GRUPO B
Antes del Tratamiento	2,879+-2,366/mm3 IC de 95%	21,386+-17414/mm3 IC de 95%
Después del tratamiento	21,033+-18.290/mm3 IC de 95%	191,970+-102,518/mm3 IC de 95%

P < 0.05

GRUPO A Pacientes con tratamiento médico
 GRUPO B Pacientes con tratamiento quirúrgico
 IC de 95%.

Tabla 6. Efectos colaterales observados en 84 pacientes con PTI asignados a 2 grupos con tratamiento médico y quirúrgico en el servicio de Hematología del Hospital regional "Lic. Adolfo López Mateos" Desde Junio de 1977 a Junio de 1997.

EFFECTOS COLATERALES TOTAL	GRUPO A	GRUPO B	
Síndrome de Cushing	4	4	8
Neumonias	6	4	10
Hemorragia Retiniana	4	3	7
Hemorragia cerebral	1	0	1
Total	15	11	26

Grupo A pacientes con tratamiento médico
 Grupo B pacientes con tratamiento quirúrgico

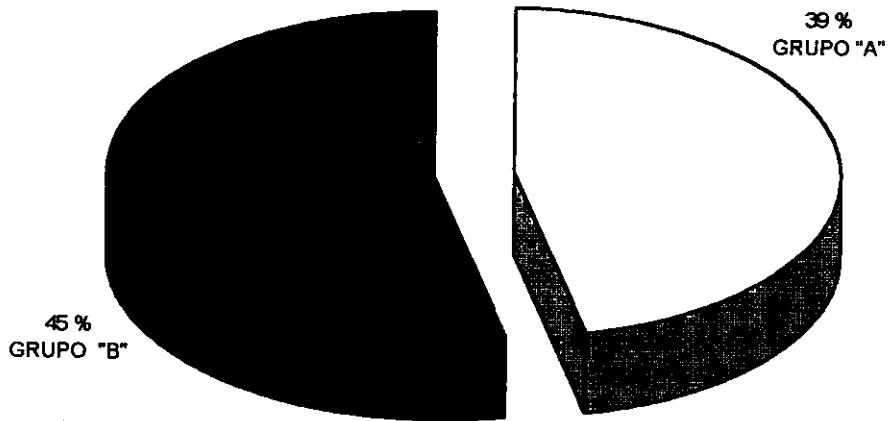
Tabla 7. Analisis de X2 de 84 pacientes asignados a 2 grupos uno con tratamiento médico y otro con tratamiento quirúrgico en el servicio de Hematología del hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" Desde Junio de 1977 a Junio de 1997.

GRUPO	BUENA RESPUESTA	MALA RESPUESTA
Grupo A	3	36
Grupo B	41	4

Diferencia Significativa $p < 0.05$.

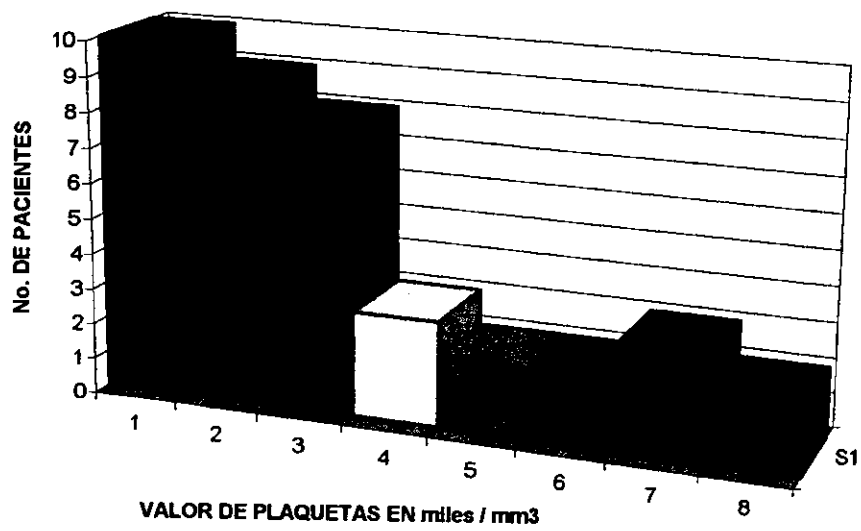
Grupo A pacientes con tratamiento médico
Grupo B Pacientes con tratamiento quirurgico

GRAFICA 1



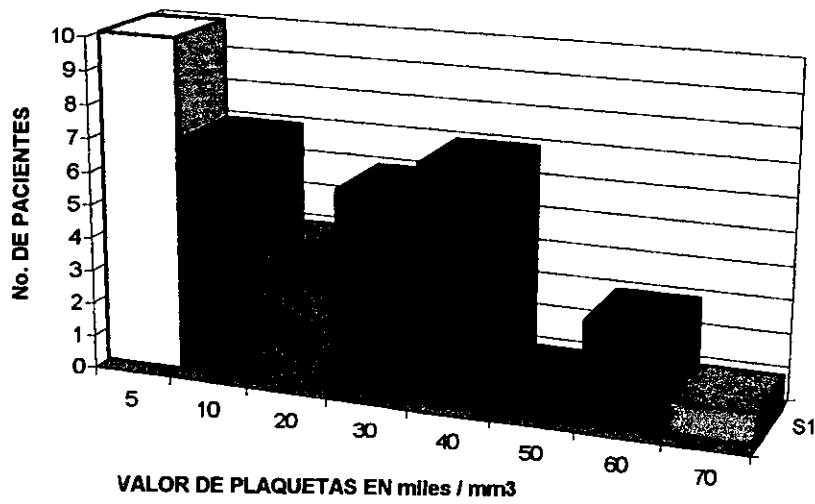
**DISTRIBUCION TOTAL DE PACIENTES CON PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA
QUE RECIBIERON TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO. SERVICIO DE HEMATOLOGIA.
H.R.L.A.L.M. JUNIO 1977 - JUNIO 1987**

GRAFICA No. 2



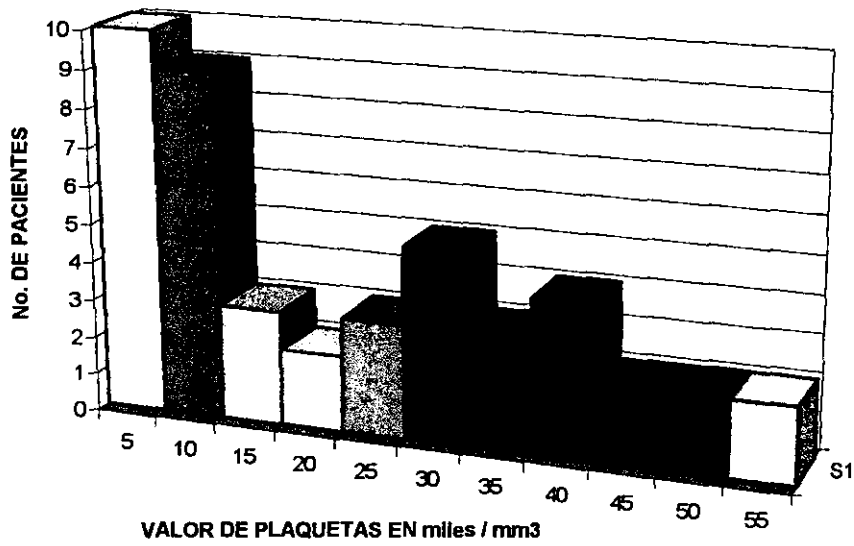
**CIFRA DE PLAQUETAS EN 39 PACIENTES CON DX. PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA
ANTES DE TX MEDICO SERVICIO DE HEMATOLOGIA H.R.L.A.L.M. JUNIO 1977- JUNIO 1997**

GRAFICA No. 3



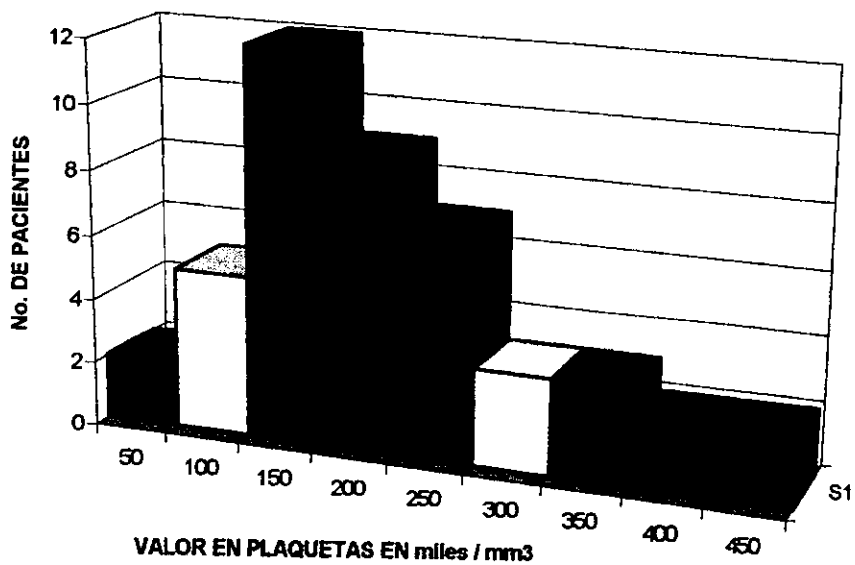
**CIFRA DE PLAQUETAS EN 39 PACIENTES CON DX. PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA
DESPUES DE TX MEDICO SERVICIO DE HEMATOLOGIA H.R.L.A.L.M. JUNIO 1977- JUNIO 1997**

GRAFICA No.4



**CIFRA DE PLAQUETAS EN 45 PACIENTES CON DX. PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA
ANTES DE TX QUIRURGICO SERVICIO DE HEMATOLOGIA H.R.L.A.L.M. JUNIO 1977- JUNIO 1997**

GRAFICA No. 5



**CIFRA DE PLAQUETAS EN 45 PACIENTES CON DX. A127
DESPUES DE TX QUIRURGICO SERVICIO DE HEMATOLOGIA H.R.L.A.L.M. JUNIO 1977 - JUNIO 1997**

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Ruiz Argüelles GJ.Fundamentos de Hematología. Plaquetas y Purpuras trombocitopenicas: 1a Edición. México D.F. Edit. Panamericana. 1995.
- 2.-Hoffbrand A.V. and Pettit J:E. Essencial Haematology.Thrombocytopenic Purpura. 3th Ed. Blackwell Scientific Publications. 1993.
- 3.-Diffino S.M. Et al. Adult. Idiopathic, Thrombocytopenic Purpura: clinical Findings and reponse to therapy. Am. J. Med. 1980, 69:430.
- 4.-Williams J.W., Beutler E., Hematology. Thrombocytopenia due to enhanced platelet destruction by nonimmunologic mechanisms. 4th Ed. International Edition. McGraw-Hill Publishing Ccompany. 1991.
- 5.-Goldstein K.H. Abramson N. Efficient diagnosis of thrombocytopenia. Am. Fam Physician. 1996.feb15,53(3):915-20.
- 6.-Lee G.R. , Bithell T.C. et al. Wintrobe's clinical Hematology. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura. 9th Ed. Malvern Penn. 1993.
- 7.- Zucker-Francklin, Karpatkin S., Red cell and platelet fragmentation in Idiopathic autoimmune Thrombocytopenic Purpura N. Engl. J. Med. 1977, 297:517-8.
- 8.-Woods W.L. et al. Autoantibodies against the platelet glycoprotein IIb:IIIa complex in patients with cronic ITP. Blood. 1994, 63:368.
- 9.- Gillis s. Thje thrombocytopenic Purpuras Recognition and Management. Drugs. 1996, Jun, 51,(6):942-53.
- 10.- Martinez Murillo C., Quntana González S.,Manual de Hemostasia y Trombosis. Conceptos actuales en purpuras trombocitopenicas 1a Ed., Ed. Prado. 1996.

- 11.-The American Society of Hematology ITP Practice guideline panel. Diagnosis and Treatment of Idiopathic thrombocytopenic Purpura of ASH. *Ann.Intern. Med* 1997. Feb15., 126(4):317-8.
- 12.-The American Society of Hematology., ITP. Practice guideline panel. Diagnosis and treatment of Idiopathic Thrombocytopenic Purpura. *Amm.Fam. Physician.* 1996., dec.54(8):2437-47, 2451-2.
- 13.-Paul D. , Mintz M:D. Hematology/Oncology. Clinics of North America. Therapeutic Support of the platelet with thrombocytopenia Vol. 8, No. 6, Saunders Company. 1994.
- 14.-Beutler Emert. Platelet Transfusión, the 20,000/ml trigger. *Blood* . 1993, March, 81(6):1411-13.
- 15.-George D.Lundberg MD. Practice parameter for the use of the Fresh Frozen Plasma, Cryoprecipitate and platelets. *JAMA* 1994., March 271(10), 777-81.
- 16.-Gordeau B., Bierling P., Treatment of autoimmune thrombocytopenic purpura in adults. *Rev. Med. Interne.* 1996;17(8):661-9.
- 17.-Bedri A, Abebe E. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) in Ethiopian Children; clinical findings and response to therapy. *Et. Med. Jour.* 1995Apr., 33(2):75-81.
- 18.-Tamary H., Kaplinsky C., Levy I, Cohen IJ., Yaniv I., Stark B., Goshen Y., Zairov R., Chronic Childhood Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: Long-term follow-up. *Acta Paediatr.* 1994 sept.83(9):931-4.
- 19.-Kurtzberg J., Stockman JA., Idiopathic autoimmune Thrombocytopenic purpura. *Adv. Paediatr* 1994,41:11-34.
- 20.-Girolami A., Scremin C., Ramon R., Steffan A., Cordiano I., Fabri F., Recent Advances in the treatment of patients with immunological thrombocytopenias: the Padua Experience. *Rev. Iberoamer. Tromb-hemostasia.* 1995; 8(3)18-29.

- 21.-Shaw J., Print C.O., Postsplenectomy sepsis. Br. J. Surg. 1989. Oct.76; 1074-1081.
- 22.- Deodar R.J., Marchall R.J., Barnes J.N., Increased risk after splenectomy Br. Med. J.,1993;307:1408-09.
- 23.- Hosein Zabarrim., Rosner Fred M., Rarity of failure of Penicillin Prophylaxis to prevent postsplenectomy sepsis. Arch.Intern.Med. 1986,146:1207-8.
- 24.- Eugene MD, Shapiro MD., Anne T Berg., Roberth Austrian et al., The protective efficacy of polyvalent Pneumococcal Polysaccharide vaccine. N.Engl.J. Med. 1991;325(21)1453-59.