

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "PEPE PORTILLA" PINAR DEL RIO

## Púrpura trombocitopénica idiopática en el niño.

### Estudio de 30 casos

Por los Dres.:

RAQUEL F. JORGE\* y VICTOR M. BOFFILL\*\*

F. Jorge, R. et al. *Púrpura trombocitopénica idiopática en el niño. Estudio de 30 casos.* Rev Cub Ped 49: 3, 1977.

Se estudiaron 30 niños portadores de púrpura trombocitopénica idiopática. La edad de éstos estuvo comprendida entre 2 y 12 años. En 14 casos (46,6%) se demostró un proceso infeccioso previo. Se informa que en 11 pacientes (36,6%) se produjo una remisión espontánea; a 19 (63,3%) se les administró esteroides, con lo que se obtuvo una buena remisión en 17 casos. Solamente en 2 pacientes la evolución fue hacia la cronicidad. Se determina que la eritrosedimentación, electroforesis de proteína y prueba de Coombs fueron normales en nuestros pacientes.

#### INTRODUCCION

La púrpura trombocitopénica idiopática es la más común de las púrpuras trombocitopénicas en la infancia<sup>1</sup>. La patogenia de la enfermedad es inmunológica<sup>2</sup>. El cuadro inicial, los antecedentes y la evolución clínica son muy variables<sup>3,4</sup>. Nuestro objetivo es presentar 30 casos de púrpura trombocitopénica idiopática en el niño, analizando: cuadro clínico, evolución y respuesta al tratamiento.

#### MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 30 niños portadores de púrpura trombocitopénica idiopática cu-

yas edades oscilaron entre 2 y 12 años, 18 correspondían al sexo femenino y 12 al masculino.

El criterio para el diagnóstico de la entidad se estableció por: cuadro clínico, coagulograma que evidenció estado trombocitopénico e integridad del sistema megacariopoyético en la médula ósea. Otras investigaciones fueron realizadas en el estudio: fenómeno LE, prueba de Coombs, electroforesis de proteína y eritrosedimentación, con el objetivo de descartar otras enfermedades que pueden cursar con trombocitopenia, fundamentalmente el lupus eritematoso diseminado.

#### RESULTADOS

Los datos generales se muestran en el cuadro. En 16 casos (53,3%) la edad de los pacientes estuvo comprendida entre 2 y 5 años.

\* Pediatra. Especialista de I grado. Hospital infantil docente "Pepe Portilla", Pinar del Río.

\*\* Hematólogo. Especialista de I grado. Hospital infantil docente "Pepe Portilla", Pinar del Río.

**CUADRO**  
**ESTUDIO DE 30 CASOS PTI**  
**(DATOS GENERALES)**

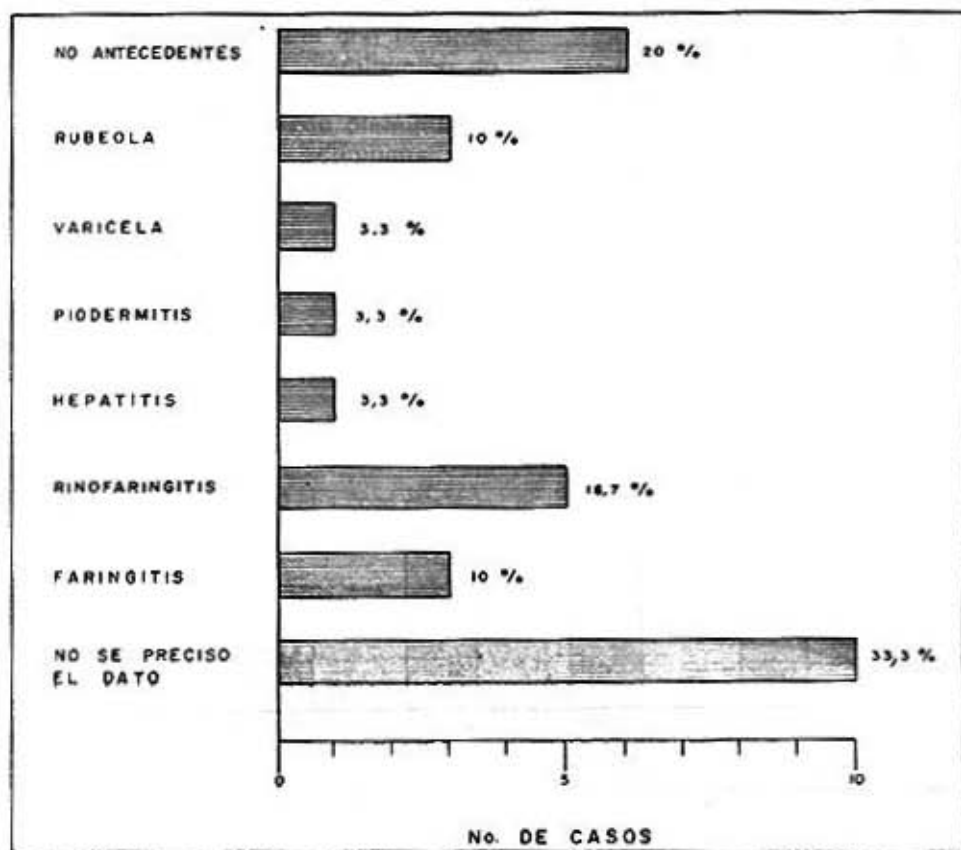
No. de casos	Edad (años)	Raza	Sexo	Antecedentes de infección previa	No. de plaquetas al ingreso	Tratamiento	Tiempo de normalización de las plaquetas	Evolución
1	2	M	B	∅ ∅	4 000 x mmc	**	30 Días	Satisfactoria
2	2	F	B	Rinofaringitis	6 000	**	12 ..	..
3	2½	M	B	Rinofaringitis	12 000	*	15 ..	..
4	2½	M	B	∅ ∅	30 000	**	19 ..	..
5	3	M	B	Rinofaringitis	12 000	*	30 ..	..
6	3	M	B	∅ ∅	29 000	*	20 ..	..
7	3	F	B	Rinofaringitis	30 000	**	15 ..	..
8	3	F	B	Rubéola	25 000	**	13 ..	..
9	4	F	B	Rinofaringitis	10 000	**	30 ..	..
10	4	M	B	Varicela	15 000	*	15 ..	..
11	4	F	B	Faringitis	25 000	***	2 Años	No satisfactoria
12	4	M	N	∅	12 000	***	60 Días	Satisfactoria
13	5	F	B	Rinofaringitis	13 000	*	30 ..	..
14	5	F	N	∅	10 000	**	12 ..	..
15	5	F	B	Faringitis	30 000	*	30 ..	..
16	5	M	B	∅	50 000	**	20 ..	..
17	6	F	B	∅ ∅	15 000	**	30 ..	..
18	6	M	B	Piodermitis	3 000	**	30 ..	..
19	7	F	B	∅	15 000	***Plasma	7 Meses	..
20	7	M	B	∅ ∅	30 000	*	15 Días	..
21	7	M	N	∅ ∅	40 000	*	7 ..	..
22	7	F	B	Hepatitis	8 000	**	15 ..	..
23	8	F	B	Rubéola	9 000	*	15 ..	..
24	8	F	B	∅	8 000	**Sangre	10 ..	..
25	9	M	B	∅ ∅	38 000	*	15 ..	..
26	9	F	B	∅ ∅	20 000	***	13 Días	No satisfactoria
27	10	F	B	∅ ∅	47 000	**	17 ..	Satisfactoria
28	10	M	B	∅ ∅	30 000	**	30 ..	..
29	11	F	B	∅	5 000	**Sangre	30 ..	..
30	12	F	B	Rubéola	10 000	**Plasma	11 Meses	..

**LEYENDA**

∅ No antecedentes; ∅∅ No se precisó el dato; \* Reposo. \*\* Reposo y prednisona un mes;  
 \*\*\* Reposo y prednisona más de un mes

Gráfico 1

ANTECEDENTES DE INFECCION



El gráfico 1 muestra la incidencia de infección en los casos estudiados. En 14 (46,6%), se evidenció una infección previa.

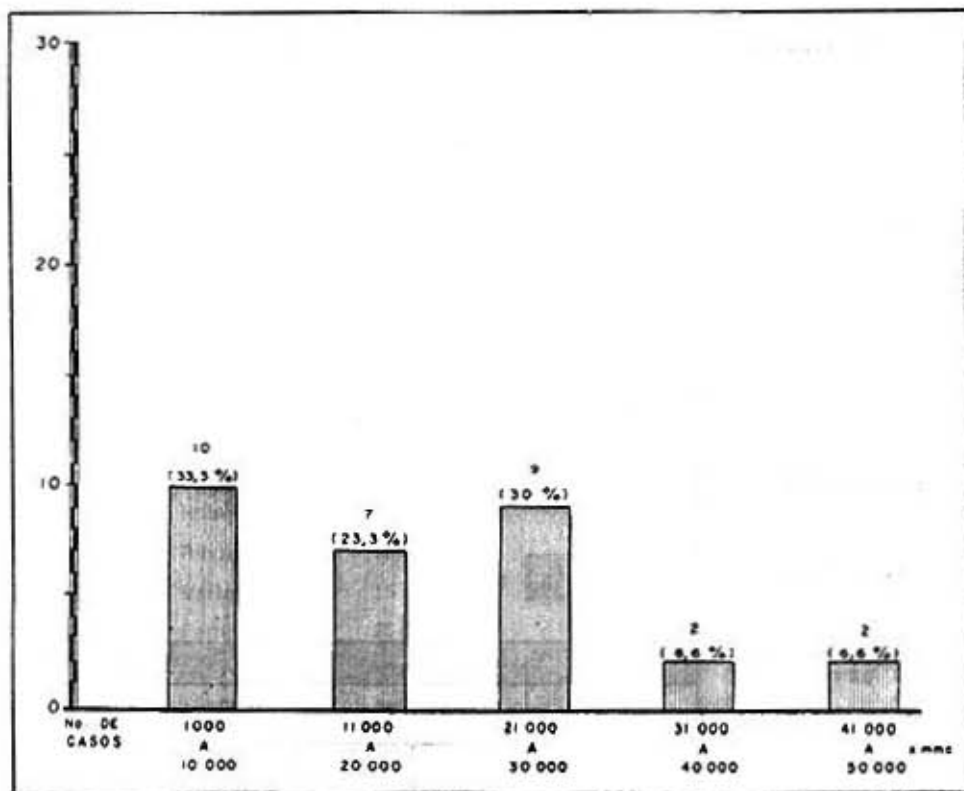
El gráfico 2 muestra las cifras de plaquetas al ingreso. En 26 casos (86,6%), las cifras de plaquetas fueron inferiores a 30 000 x mmc.

Todos los pacientes con manifestaciones hemorrágicas graves recibieron tratamiento con esteroides, excepto los casos Nos. 5, 21 y 23. En los casos Nos. 18, 24 y 30 se administró además, sangre fresca. Plasma rico en plaquetas se utilizó en los pacientes Nos. 19 y 30.

En 15 pacientes (50%) se administraron esteroides durante un mes, tiempo

durante el cual se normalizaron las plaquetas. Once pacientes (36,6%) no recibieron tratamiento, aunque también ocurrió una normalización de las plaquetas en las primeras 4 semanas de evolución. En los 4 pacientes restantes, el tratamiento con esteroides se prolongó por más de 30 días. En el caso No. 12 se normalizaron las plaquetas a los 60 días de evolución y en el No. 19 se necesitaron dos cursos con esteroides, para obtener buena respuesta a los 7 meses de evolución. La evolución no fue satisfactoria en los pacientes Nos. 11 y 26, los cuales se consideraron como crónicos, ya que a pesar de varios tratamientos con esteroides las plaquetas no se normalizaron.

Gráfico 2  
CIFRAS DE PLAQUETAS AL INGRESO



La eritrosedimentación, electroforesis de proteínas y la prueba de Coombs fueron normales en todos los casos estudiados.

#### COMENTARIOS

En los casos estudiados se constató que la enfermedad es más frecuente entre los 2 y 5 años de edad, lo que coincide con lo informado en la literatura médica.<sup>8-9</sup>

Las manifestaciones hemorrágicas en la piel constituyeron el hallazgo más frecuentemente observado. Hematuria solamente se observó en dos pacientes.

La enfermedad parece a menudo estar relacionada con una sensibilización a las infecciones víricas. En el 50% de los pacientes existe infección previa, como

rubéola, sarampión o infección respiratoria por virus.<sup>1,10-12</sup> Este hecho se constató en 14 de nuestros casos.

Existe un mecanismo inmunológico que se manifiesta en un cierto número de casos por la presencia de anticuerpos antiplaquetas, las cuales es posible que también actúen en contra de los megacariocitos o de su proceso funcional. Las plaquetas tienen una vida más corta, y se destruyen rápidamente en el bazo.<sup>13</sup>

El hallazgo de aglutininas antiplaquetarias es muy difícil de demostrar.<sup>14-15</sup> La prueba de Coombs fue normal en el estudio.

Una remisión espontánea ocurre en un alto porcentaje de los casos<sup>1,9</sup>. Solamente se observó esta respuesta en 11 de nuestros pacientes (36,6%).

La buena respuesta con el uso de los esteroides, en los pacientes que no presentan una remisión espontánea está en relación con interferencia con la síntesis de los anticuerpos; disminución de la función de las células reticuloendoteliales; y finalmente, puede disminuir la fragilidad vascular que acompaña a la trombocitopenia.<sup>13</sup>

Según Dameshek<sup>14</sup> es raro encontrar una recidiva después de varios meses de remisión.

En un pequeño número de pacientes puede presentar una evolución hacia la cronicidad.<sup>17</sup> Este hecho se evidenció en 2.

El pronóstico de la enfermedad en general es bueno.

#### SUMMARY

F. Jorge, R. et al. *Idiopathic thrombocytopenic purpura in children. A study of 30 cases.* Rev Cub Ped 49: 3, 1977.

Thirty children with idiopathic thrombocytopenic purpura were studied. The children were from 2 to 12 years old. In 14 cases (46.6%) a previous infectious process was proved. In 11 patients (36.6%) there was a spontaneous remission; 19 patients (63.3%) received steroids which resulted in a good remission in 17 cases. Only 2 patients evolved towards chronicity. The erythro sedimentation, the protein electrophoresis, and the Coombs test were normal in our patients.

#### RESUME

F. Jorge, R. et al. *Purpura thrombocytophénique idiopathique chez l'enfant. Etude de 30 cas.* Rev Cub Ped 49: 3, 1977.

Trente enfants porteurs de purpura thrombocytophénique idiopathique ont été étudiés. Ils étaient compris entre les 2 et 12 ans d'âge. Dans 14 cas (46.6%) on a démontré un processus infectieux préalable. Chez 11 patients (36.6%) s'est produit une rémission spontanée; on a administré des stéroïdes à 19 (63.3%), et on a obtenu une bonne rémission chez 17 cas. Seulement dans 2 patients l'évolution fut vers la chronicité. L'érythro sédimentation, l'électrophorèse de protéine et l'épreuve de Coombs furent normales chez nos patients.

#### Резюме

Дорхе, Р. и др. Тромбоцитопеническая идиопатическая пурпура у детей. Изучение 30 случаев. Rev Cub Ped 49: 3, 1977.

Изучались 30 детей, больных тромбоцитопенической идиопатической пурпурой в возрасте от 2 до 12 лет. В 14 случаях (46,6%) был обнаружен предшествующий инфекционный процесс. Информировано, что произошла спонтанная ремиссия, 19 (63,3%) были назначены стероидные препараты, с которыми была получена ремиссия в 17 случаях. Только у 2 пациентов процесс перешел в хроническую форму. Указывается, что РОЭ, электрофорез белков и проба Кумбса были нормальными у наших пациентов.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Nelson W. et al.* Textbook of pediatrics. 9na. ed. W. B. Saunders Company, pág. 1085-1086, Philadelphia, 1969.
2. *Baldini, M.* Idiopathic thrombocytopenic purpura. *N. Engl J Med* 274: 1245-1251, 1966.
3. *Murphy, S.; Gardner, F. H.* Platelet survival and sequestration studies in idiopathic thrombocytopenic purpura. *Ann Intern Med* 80: 768-769, 1974.
4. *Carpenter, A. F. et al.* Treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura. *JAMA* 177: 1911-1915, 1959.
5. *Ferguson, A. W.* Rubella as a cause of thrombocytopenic purpura. *Pediatrics* 25: 400-408, 1960.
6. *Meyers, M. C.* Results of treatment in 71 patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Am J Med Sci* 242: 295-302, 1961.
7. *Schulman, I.* Diagnosis and treatment: Management of idiopathic thrombocytopenic purpura. *Pediatrics* 33: 979-980, 1964.
8. *Dameshek, W. et al.* Treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) with prednisone. *JAMA* 166: 1815, 1958.
9. *Newton, W. O.; Zuelzer, W. W.* Idiopathic Thrombocytopenic purpura in childhood. *N Engl J Med* 245: 879-885, 1951.
10. *Clarke, B. F.; Davies, S. H.* Severe thrombocytopenic in infections nonnucleosis. *Am J Med Sci* 248: 703-707, 1964.
11. *Kolars, C. P.; Spink, W. W.* Thrombopenic purpura as a complication of mumps *JAMA* 168: 2213-2215, 1958.
12. *Verger, P. et al.* Frequency of acute thrombopenic purpura following rubella in childhood. *Ann Pediatr* 17: 31-36, 1970.
13. *Williams, W. J. et al.* Hematology. Mc Graw-hill: Book Company. New York. Pág. 1144-1158, 1972.
14. *Karpatkin, S.; Siskind, G. W.* In vitro detection of platelet antibody in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura and systemic Lupus erythematosus. *Blood* 33: 795-812, 1969.
15. *Pizzi, F. et al.* Immunofluorescence of megakaryocytes in the thrombocytopenic purpura. *Blood* 27: 521-526, 1966.
16. *Dameshek, W. et al.* Recurrent acute idiopathic thrombocytopenic purpura. *N Engl J Med* 269: 647-653, 1963.
17. *Smith, C. H.* Blood diseases of infancy and childhood, 2da. Ed. pag 696-709, Instituto del Libro. La Habana, 1970.

Recibido: setiembre 10, 1976.

Aprobado: diciembre 30, 1976.