XXIIè Congrés Nacional Català d'URGÈNCIES I EMERGÈNCIES

Urgències, tots a una!

Tarragona, 16 i 17 d'abril de 2015 Centre Tarraconense El Seminari

TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA. SINDROME DEL TROMBO BLANCO

Anna Mª Falcó Callau, Isaura Grau Tost, Mònica March Domingo, MªCarme Boqué Oliva
Servei D'urgències Hospital Universitari De Tarragona Joan Xxiii

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:La Trombocitopenia inducida por Heparina,trastorno mediado por anticuerpos contra el complejo PF4/Heparina, asociado a trombosis venosa y arterial,no siempre es evidente clínicamente.Incidencia del 1-3%en pacientes expuestos a HNF y 0-0,8%para HBPM.
Nuestro objetivo fue revisar las nuevas indicaciones/uso de la Heparina y el diagnóstico diferencial de la trombocitopenia y la trombosis,entidades que se presentan con frecuencia en nuestros SUH.
METODOLOGÍA:discusión en forma de análisis descriptivo.
RESULTADOS:77años,HTA,dislipémica,Alzheimer incipiente(Rankin3),altada 15días antes tras intervención por fractura de húmero(reducción cerrada y fijación interna con clavo intramedular).Durante el ingreso,recibió tratamiento con HNF a dosis profilácticas.338.000plaquetas/L al alta.Acude por disnea de reposo de 4días y,las últimas 12h,cianosis de extemidades inferiores(sobretodo en pie izquierdo),no dolor.FC104lpm, FR32rpm, TA115/88, Tª37,4ºC, SatO2basal90%;palidez,frialdad,cianosis peribucal y acra,sudoración profusa.ACR:soplo sistólico,hipoventilación global,crepitantes bibasales.MID:cianosis pulpejos,pulso pedio(+).MII:edema,frialdad, empastamiento,cianosis en pulpejos más marcada que en EID,sin pulso pedio. Por alta sospecha de TEP y ausencia de contraindicaciones,se inició HBPM.Hb11,6g/dl,13.870leucocitos(71%N,19%L),26.000plaquetas/L, bioquímica normal;fibrinógeno 225mg/dl,D-Dímeros 46240ng/ml.pH7.5,pO2 59mmHg,pCO2 28mmol/L,Bic21mmol/l,SatO2 93%.Rx tórax:infiltrado periférico en LID, elevación hemidiafragma derecho,atelectasias laminares y pinzamiento del seno costofrénico,hilios prominentes.ECG:patrón QT y BRDHH.Ecodoppler venoso de MMII:TVP poplítea bilateral y trombosis vena femoral superficial izquierda.Ecocardiografia:VI hipertrófico no dilatado,función conservada.VD dilatado,contractibilidad conservada,IT e IM leve; PAP30mmHg.TAC de arterias pulmonares evidenció TEP bilateral masivo.Ante la sospecha de Trombocitopenia secundaria a administración de Heparina se suspendió HBPM iniciándose tratamiento con Fondaparinux.Serologías,estudio inmunológico y AcAnti-FP4positivos.Sin evidencia de sangrado.Rango de anticoagulación alcazado a los 9días.
CONCLUSIONES:Dado el amplio uso de heparina, las múltiples causas de trombocitopenia,la baja accesibilidad a un test de laboratorio confiable y la alta prevalencia de anticuerpos en pacientes asintomáticos,el diagnóstico y manejo precoz de la trombocitopenia inducida por heparina es difícil en Urgencias. Ante una

trombocitopenia severa,con presencia de trombosis y relación temporal con el inicio de un tratamiento con heparina,debemos tener un alto índice de sospecha clínica.Suspenderemos cualquier fuente de heparina e iniciaremos un anticoagulante alternativo.