



## Clínica cotidiana

# Equimosis en un adolescente sin historia de traumatismo previo

María de los Ángeles Medina De los Santos

Centro de Salud Serantes. Ferrol

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 14 de julio de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

#### Palabras clave:

Trombocitopenia

Autoinmune

Equimosis

### R E S U M E N

La púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) es un trastorno autoinmune en el que el sistema inmunológico destruye las plaquetas, lo que provoca niveles bajos de estas y aumenta el riesgo de sangrado. Se manifiesta comúnmente con equimosis, petequias y, en casos más severos, hemorragias. El tratamiento puede incluir corticoides, inmunoglobulina intravenosa y, en casos crónicos, otras terapias como agonistas del receptor de trombopoyetina o esplenectomía.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

### Ecchymosis in an adolescent without a history of previous trauma

### A B S T R A C T

Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) is an autoimmune disorder in which the immune system destroys platelets, leading to low platelet levels and an increased risk of bleeding. It commonly manifests with bruising, petechiae, and, in more severe cases, hemorrhages. Treatment may include corticosteroids, intravenous immunoglobulin, and, in chronic cases, other therapies such as thrombopoietin receptor agonists or splenectomy.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

## Descripción del caso clínico

Varón de 13 años, previamente sano, sin alergias conocidas y con calendario vacunal actualizado, que consulta por aparición de equimosis pruriginosas en la espalda de 24 horas de

evolución, sin antecedente traumático. Niega sangrados en otras localizaciones (gingivorragias, epistaxis u otros). Refiere cuadro de gripe B hace 3 semanas.

En la exploración física únicamente destacan, a nivel cutáneo, lesiones equimóticas en la espalda, hemicuerpo izquierdo y pierna ipsilateral, que no desaparecen a la vitropresión. No

adenopatías significativas. Se solicita analítica de sangre, cuyos resultados vemos a las 48 horas, objetivándose trombocitopenia (plaquetas 25.000/ $\mu$ l). Resto de analítica normal. Ante estos hallazgos y la presencia de lesiones cutáneas, derivamos a urgencias pediátricas por sospecha de púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).

En el servicio de urgencias se repite analítica, que confirma trombopenia (plaquetas 17.000/ $\mu$ l), decidiéndose ingreso para vigilancia y tratamiento si precisa.

A su ingreso se realizan pruebas complementarias que incluyen un proteinograma, en el que no se evidencia la presencia de banda monoclonal. Los estudios de bioquímica, coagulación y gasometría venosa son normales. En el hemograma destaca una trombocitopenia severa, con un recuento plaquetario de 17.000/ $\mu$ l, sin otras alteraciones hematológicas relevantes. El dímero D es inferior a 215 ng/ml.

En el estudio microbiológico, la PCR para virus respiratorios resulta positiva para enterovirus, mientras que la serología es negativa. El coprocultivo evidencia la presencia de rotavirus.

Con base en los hallazgos clínicos y analíticos, se establece el juicio clínico de púrpura trombocitopénica idiopática asociada a coinfección por enterovirus y rotavirus.

Durante el ingreso se mantiene afebril con constantes normales, persistencia de trombopenia (plaquetas 25.000/ $\mu$ l, 17.000/ $\mu$ l, 5.000/ $\mu$ l) y linfopenia. Al 8º día de ingreso se objetivan 4.000/ $\mu$ l de plaquetas, microhematuria y lesiones petequiales en paladar blando, por lo que se inicia pauta de corticoterapia sistémica vía oral a 4 mg/kg/día, durante 4 días y protección gástrica. Posteriormente se continúa con corticoterapia a 2 mg/kg/día vía oral. Tras el tratamiento, el curso evolutivo resulta favorable. Al alta no se evidencian sangrados a ningún nivel ni nuevas lesiones equimóticas, objetivándose en control analítico 77.000/ $\mu$ l de plaquetas.

## Comentario

La trombocitopenia inmunitaria, antes llamada púrpura trombocitopénica idiopática o púrpura trombocitopénica inmunitaria (PTI), es un trastorno inmunitario caracterizado por una disminución aislada de plaquetas menor de 100.000/ $\mu$ L, con cifras normales de leucocitos, hemoglobina y frotis sanguíneo sin alteraciones. En la mayoría de los casos, la causa exacta no se conoce, aunque se sabe que el mecanismo es inmunitario y puede desencadenarse por infecciones virales, factores ambientales o ser secundaria a un problema inmunológico previo<sup>1</sup>.

La trombocitopenia inmunitaria (PTI) es la enfermedad autoinmune más frecuente en la población pediátrica, con una incidencia aproximada de 5 casos por cada 100.000 niños al año y un pico de aparición entre los 2 y 5 años de edad<sup>2</sup>.

La mayoría de los pacientes no presentan síntomas o solo muestran petequias, hematomas o equimosis aisladas en la piel o las mucosas. Aun así, en ciertos casos pueden aparecer hemorragias más severas que afectan la piel, las mucosas, el tracto gastrointestinal o, en situaciones más graves, a nivel intracraneal<sup>3</sup>.

La PTI se considera una enfermedad crónica, cuando dura más de 12 meses.

Criterios diagnósticos principales: trombocitopenia aislada (recuento de plaquetas < 100.000/ $\mu$ l). Ausencia de otros

hallazgos clínicos o de laboratorio que sugieran otra causa de trombocitopenia. Historia clínica y exploración física sin signos de enfermedad sistémica significativa.

En cuanto a las opciones de tratamiento, en ausencia de sangrado o sangrado leve se recomienda observación y restricción de actividades de riesgo, independientemente del recuento plaquetario. Si el sangrado es grave, que ocurre en solo el 3-6% de los niños, se emplean corticosteroides, inmunoglobulina intravenosa o inmunoglobulina anti-D, solos o combinados. En los casos refractarios o crónicos se pueden considerar otras terapias, como agonistas del receptor de trombopoyetina, rituximab o esplenectomía (según evolución y respuesta)<sup>4</sup>.

Es importante aconsejar reposo relativo y limitar la práctica deportiva, especialmente los deportes de contacto. Además, conviene evitar fármacos con efecto antiplaquetario (como el ácido acetilsalicílico y similares) y anticoagulantes<sup>5</sup>.

En conclusión, ante cualquier paciente con trombocitopenia resulta fundamental realizar una anamnesis minuciosa, con especial atención a la presencia de infecciones recientes, vacunaciones y la medicación actual. Asimismo, es imprescindible llevar a cabo un examen físico exhaustivo que permita descartar otras patologías hematológicas o causas secundarias subyacentes responsables del descenso plaquetario.

El manejo de estos pacientes debe apoyarse en una comunicación fluida y una estrecha colaboración con otros especialistas, con el objetivo de garantizar un enfoque diagnóstico y terapéutico integral. La monitorización periódica del recuento plaquetario es esencial, dado que este puede presentar fluctuaciones y, en determinadas situaciones, requerir intervención terapéutica.

Por último, se debe proporcionar información clara y comprensible tanto al paciente como a sus familiares acerca de la enfermedad, las opciones de tratamiento disponibles y los signos de alarma que requieren atención médica inmediata.

## Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bussel JB. Immune thrombocytopenia (ITP) in children: Clinical features and diagnosis. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2025. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/immune-thrombocytopenia-ity-in-children-clinical-features-and-diagnosis>
2. Beléndez C, Cela E, Galarón P. Tratamiento de la púrpura trombocitopénica idiopática. *An Pediatr Contin.* 2009;7(3):156-60.
3. Monteagudo E, Astigarraga I, Cervera Á, Dasí MA, Sastre A, Berruero R, et al. Protocolo de estudio y tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria: PTI-2018. *An Pediatr (Barc).* 2019;91(2):127.e1-e10.
4. Heitink-Pollé KMJ, Haverman L, Annink KV, Schep SJ, de Haas V, de Groot R, et al. Health-related quality of life in children with newly diagnosed immune thrombocytopenia. *Haematologica.* 2014;99(10):1525-31.
5. Neunert, C, Terrel DR, Arnold DM, Buchanan G, Cines DB, Cooper N, et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv.* 2019;3(23):3829-66.