



Clínica cotidiana

Diagnóstico de una púrpura en atención primaria

Estrella Cristina Mohíno Laguna^{a,*}, Beatriz Jiménez Gómez Del Pulgar^b,
 Ana María Sánchez Reche^a

^aCentro de Salud Valdepeñas I. Valdepeñas, Ciudad Real. ^bCentro de Salud Manzanares II. Manzanares, Ciudad Real.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de diciembre de 2025

Aceptado el 31 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Púrpura

Trombocitopenia

Tumores neuroendocrinos

Keywords:

Purpura

Thrombocytopenia

Neuroendocrine tumors

R E S U M E N

Púrpura es la presencia de lesiones cutáneas o mucosas de color rojo violáceo que son secundarias a la extravasación de sangre hacia la piel o las mucosas. La púrpura no es un diagnóstico, sino un signo clínico que refleja hemorragia en el tejido subcutáneo. El diagnóstico se establece mediante una historia clínica y una exploración física detalladas, además de algunas pruebas de laboratorio claves. A propósito de un caso clínico en la consulta de atención primaria vamos a hacer una revisión del algoritmo diagnóstico de la púrpura.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Diagnosis of purpura in primary care

A B S T R A C T

Purpura is the presence of purplish-red skin or mucosal membrane lesions secondary to the extravasation of blood into the skin or mucosal membranes. Purpura is not a diagnosis itself, but rather a clinical sign reflecting hemorrhage in the subcutaneous tissue. Diagnosis is established through a detailed medical history and physical examination, in addition to some key laboratory tests. We are going to do a review of the diagnostic algorithm for purpura based on a clinical case encountered in primary care.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristinamohino@hotmail.com (E.C. Mohíno Laguna).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.124>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

La púrpura no es uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria. Su epidemiología depende de la causa subyacente, la edad y el contexto clínico.

Púrpura es la presencia de lesiones cutáneas o mucosas de color rojo violáceo que son secundarias a la extravasación de sangre hacia la piel o las mucosas. Debido a esto, no desaparecen a la digitopresión. Las lesiones purpúricas se clasifican por su tamaño: petequias (< 2 mm), púrpura propiamente dicha (2-10 mm) y equimosis (> 10 mm). Pueden deberse a alteraciones en las plaquetas, los factores de coagulación o en la integridad vascular.

La púrpura no es un diagnóstico, sino un signo clínico que refleja hemorragia en el tejido subcutáneo, y su etiología puede ser muy diversa, incluyendo trombocitopenia, disfunción plaquetaria, coagulopatías o vasculitis.

El diagnóstico se establece mediante una historia clínica y una exploración física detalladas, además de algunas pruebas de laboratorio claves¹.

El propósito de este trabajo es saber enfrentarnos al algoritmo diagnóstico para no cometer errores y poder llegar a descubrir el origen de la misma sin demoras que pueden ser cruciales en la evolución de nuestros pacientes. Para esto, vamos a presentar el caso de una paciente que acude a la consulta de su médico de atención primaria.

De este modo, describimos el caso de una mujer de 75 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión esencial, ambos con buen control. Acude a nuestra consulta porque presenta petequias dispersas en ambos miembros inferiores de unos 15 días de evolución. Niega cualquier sangrado. Tampoco ha tenido fiebre. No ha iniciado ningún tratamiento en los últimos meses y no nos aporta ninguna otra información.

En la exploración física, presenta una tensión arterial de 125/78 mmHg, frecuencia cardíaca 70 lpm, temperatura 36,5 °C y saturación de oxígeno 99 % basal. Objetivamos petequias dispersas, no palpables y de color púrpura que no desaparecen a la digitopresión en ambos miembros inferiores (figura 1). Los pulsos femorales, poplíteos, tibiales posteriores y pedios están presentes de manera bilateral. No encontramos signos de trombosis. El resto de la exploración es anodina.

En la analítica de sangre destaca un recuento de plaquetas de 15.000/ μ l con estudio de coagulación normal. Realizamos una ecografía en nuestra consulta en la que evidenciamos una esplenomegalia de 14,5 cm que ya era conocida.

Con el hallazgo de una trombocitopenia severa y ante la sospecha de una trombocitopenia autoinmune, se contactó con el servicio de hematología donde cursó ingreso para diagnóstico y tratamiento. En el frotis de sangre periférica se confirma el número de plaquetas sin blastos ni displasias, tampoco hay reacción leucoeritroblástica y la población linfocítica no tiene atipias. Además, el coombs directo fue negativo. Con estos resultados iniciales, se inicia tratamiento con corticoterapia a 1 mg por kg de peso.

Durante el ingreso y tras responder bien al tratamiento con la subida del número de plaquetas a 21.000/ μ l, se hace biopsia de médula ósea que fue levemente hiperplásica con células maduras de las tres series. En la TAC abdominal, llama la atención la existencia de ingurgitación vascular sobre el ligamento gastrohepático adyacente a la pared



Figura 1 – Miembros inferiores con petequias dispersas, no palpables y de color púrpura que no desaparecen a la digitopresión.

posterior del estómago, apreciándose la presencia de una imagen de alta densidad intraluminal cuya base se apoya directamente sobre los focos de aumento del calibre vascular. Los hallazgos en la TAC obligarían a descartar sangrado activo intraluminal en relación con variz gástrica o lesión excrecente en la pared gástrica. No había adenopatías periféricas. De este modo, el siguiente paso fue la realización de una gastroscopia.

En la gastroscopia, a nivel de pared posterior del cuerpo gástrico, se aprecia una lesión polipoidea excrecente de unos 30 mm con centro ulcerado que se reseca con asa de diatermia. Al analizar la muestra, se detectó un tumor neuroendocrino de bajo grado bien diferenciado.

La paciente fue dada de alta hospitalaria en hematología con 137.000 plaquetas/ μ l. Aún así, continuó en seguimiento por oncología médica. La resolución de las lesiones cutáneas se produjo con el tiempo junto con la normalización de la trombocitopenia.

Comentario

El diagnóstico diferencial de una púrpura en atención primaria es complejo. Lo primero que habría que hacer es valorar si es palpable o no. Las primeras, con frecuencia se asocian con vasculitis; las segundas, suelen ser por alguna alteración no vascular: alteración en las plaquetas o en la coagulación².

En general, los trastornos plaquetarios se manifiestan con petequias, hemorragia mucosa o, en raras ocasiones, hemorragia del sistema nervioso central; los trastornos de la coagulación se presentan como equimosis o hematomos; y las vasculitis se presentan con púrpura palpable³.

La alteración más frecuente de las plaquetas en el contexto de una púrpura es la trombocitopenia (recuento inferior a 150.000/ μ l). Por lo tanto, ante la presencia de una púrpura, la evaluación inicial debe incluir siempre un hemograma para descartar trombocitopenia como causa principal, además de

un frotis de sangre periférica y la determinación de los tiempos de protrombina (TP) y tromboplastina parcial activada (TTPa) y fibrinógeno¹. Un frotis de sangre periférica es una herramienta de investigación vital en la mayoría de los casos para confirmar un recuento plaquetario bajo y la presencia o ausencia de otras características diagnósticas, como la fragmentación de los glóbulos rojos, anomalías morfológicas plaquetarias o evidencia de displasia⁴.

Los resultados normales de TP y TTPa pueden indicar un trastorno plaquetario. Un resultado normal de TP con un TTPa prolongado indica un trastorno de la vía de coagulación intrínseca, y un resultado prolongado de TP con un TTPa normal puede indicar un trastorno de la vía de coagulación extrínseca⁵.

En una púrpura, es importante descartar causas secundarias como infecciones, fármacos, enfermedades autoinmunes, neoplasias, deficiencias nutricionales y abuso físico, especialmente en niños⁶. El algoritmo diagnóstico se orienta según los hallazgos clínicos y de laboratorio, y ante duda diagnóstica o hallazgos sugestivos de patología grave, se recomienda derivación a hematología.

Por otro lado, debemos comentar que la causa más frecuente de la trombocitopenia es la púrpura trombocitopénica autoinmune (PTI), tanto en adultos como en niños, aunque también puede deberse a fármacos, infecciones virales o enfermedades sistémicas. La American Academy of Family Physicians recomienda que, ante la presencia de trombocitopenia y púrpura sin evidencia de enfermedad sistémica, se considere

la PTI como primera posibilidad diagnóstica y se realice una evaluación dirigida para descartar causas secundarias⁷.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

1. Leung AK, Chan KW. Evaluating the child with purpura. *Am Fam Physician*. 2001;64(3):419-28. Erratum in: *Am Fam Physician* 2002;65(9):1751.
2. Aguado-Martínez B, Tojeiro-Lorente S. Púrpura, todo un reto diagnóstico en la consulta de Atención Primaria: a propósito de un caso. *MEDIFAM*. 2003;13(2):116-9.
3. Baselga E, Drolet BA, Esterly NB. Purpura in infants and children. *J Am Acad Dermatol*. 1997;37:673-705.
4. Hunt BJ. Bleeding and coagulopathies in critical care. *N Engl J Med*. 2014;370(9):847-59.
5. Hughes PR, Lewis MN, Adams SS. Bleeding and Bruising: Primary Care Evaluation. *Am Fam Physician*. 2024;110(5):504-14.
6. Cines DB, Blanchette VS. Immune thrombocytopenic purpura. *N Engl J Med*. 2002 28;346(13):995-1008.
7. Gauer RL, Whitaker DJ. Thrombocytopenia: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2022;106(3):288-98.