



PTI

Trombocitopenia inmune primaria

Una breve descripción general

 NOVARTIS

Índice



Introducción	5
Síntomas clínicos de la trombocitopenia inmune primaria (PTI)	6
– Síntomas de la PTI	8
– Causas de la PTI	10
– Diagnóstico de la PTI	11
– Fases y evolución de la PTI	13
Evaluación de la tendencia al hemorragias	14
Pruebas de diagnóstico adicionales: ¿cuándo están indicadas?	15
¿Cómo se puede tratar la PTI?	16
– Tratamiento de primera línea en caso de PTI	17
– Otras opciones terapéuticas para la PTI	19
Vivir con PTI	20
– Deportes	21
– Viajes	22
– Embarazo	25
– Otras preguntas médicas	27
– Nutrición	27
– Intervenciones o tratamientos dentales	28
– Autoayuda	31
Glosario	32
Bibliografía	35





Introducción

Hacer frente al diagnóstico de PTI puede ser difícil para usted y su familia. Ya sea usted la persona afectada o un familiar, quizá tenga que cambiar sus prioridades por el momento, restringir sus actividades o incluso adaptarse a una vida con la enfermedad a largo plazo.

Lo más probable es que ahora desee saber lo máximo posible sobre “a lo que se enfrenta” y cuál es la mejor manera de contribuir a su curación (si puede ser) o a la mayor calidad de vida posible con una enfermedad crónica. El objetivo de este manual es brindarle apoyo brindarle apoyo en este aspecto.

En cualquier caso, la principal persona de contacto a la que debe dirigirse si tiene preguntas o desea información es, por supuesto y por encima de todo, el médico o los médicos responsables de su tratamiento.

¡Le deseamos todo lo mejor!



Síntomas clínicos de la trombocitopenia inmune primaria (PTI)

Enfermedad de Werlhof: una descripción general¹

La abreviatura “PTI” significa “trombocitopenia inmune primaria”. Se trata de un trastorno de la sangre infrecuente que provoca una disminución de la cantidad de plaquetas (trombocitos) en sangre. Cada año enferman entre 2 y 4 de cada 100 000 personas. Niños y adultos se ven afectados por igual.

En la Trombocitopenia inmune primaria (PTI), el propio sistema inmunitario reduce la nueva formación de plaquetas (trombocitos) de la sangre y aumenta su degradación. La consecuente deficiencia de trombocitos puede provocar sangrados.

La enfermedad fue descrita por primera vez en 1735 por Paul Gottlieb Werlhof (1699–1767), un médico de la realeza que ejercía su profesión en Hanóver.

Por tanto, la PTI también se suele denominar “enfermedad de Werlhof”.

El término “púrpura trombocitopénica idiopática”, que también es sinónimo de PTI, solo se usa raramente en la actualidad.



Dr. Paul Gottlieb Werlhof

Plaquetas (trombocitos) de la sangre²⁻⁴: formación, degradación y papel en la hemostasia

Las plaquetas (trombocitos) son células pequeñas presentes en la sangre que desempeñan un papel importante en la hemostasia y en la reparación de defectos en los tejidos después de una lesión en un vaso sanguíneo. Para poder realizar estas funciones, las plaquetas deben estar “sanas” y presentes en cantidad suficiente en la sangre.

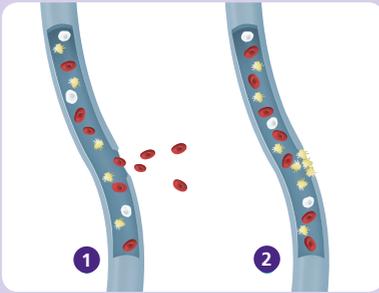


Fig.: En caso de lesión vascular, la sangre (mostrada en forma de glóbulos rojos y blancos) se extravasa (1). Los trombocitos (amarillos), que también están en la circulación sanguínea, tapan el hueco en la pared vascular (2).

Valores normales y desviaciones

Un intervalo de referencia de 150 000–350 000 trombocitos/ μ l de sangre se considera normal. La disminución del número de plaquetas en sangre por debajo de 150 000/ μ l se denomina trombocitopenia; el aumento por encima

de 500 000/ μ l, trombocitosis. Si la cantidad de trombocitos disponibles es demasiado escasa, puede producirse una tendencia al sangrado. Sin embargo, para que esto suceda, el recuento de trombocitos debe ser muy bajo (inferior a 50 000/ μ l).

Formación en la médula ósea y degradación en el bazo

Las plaquetas de la sangre se forman en la médula ósea a partir de las denominadas células gigantes (megacariocitos). Cuando los trombocitos están maduros, pasan a la circulación sanguínea. Su vida oscila entre cinco y doce días. Son degradadas principalmente en el bazo, pero también en el hígado y los pulmones.

Activación y contribución a la hemostasia

En condiciones normales, las plaquetas están en la sangre en estado inactivo. Si se produce una lesión en un vaso sanguíneo, se activan y son capaces de unirse a la pared vascular (adhesión). Además, se combinan con otros trombocitos (agregación) para formar un “coágulo de sangre” (trombo) que puede cerrar la lesión. En la hemostasia y el cierre de heridas, diversas sustancias y procesos complejos desempeñan una función de gran importancia e interactúan con los trombocitos.

Síntomas de la PTI

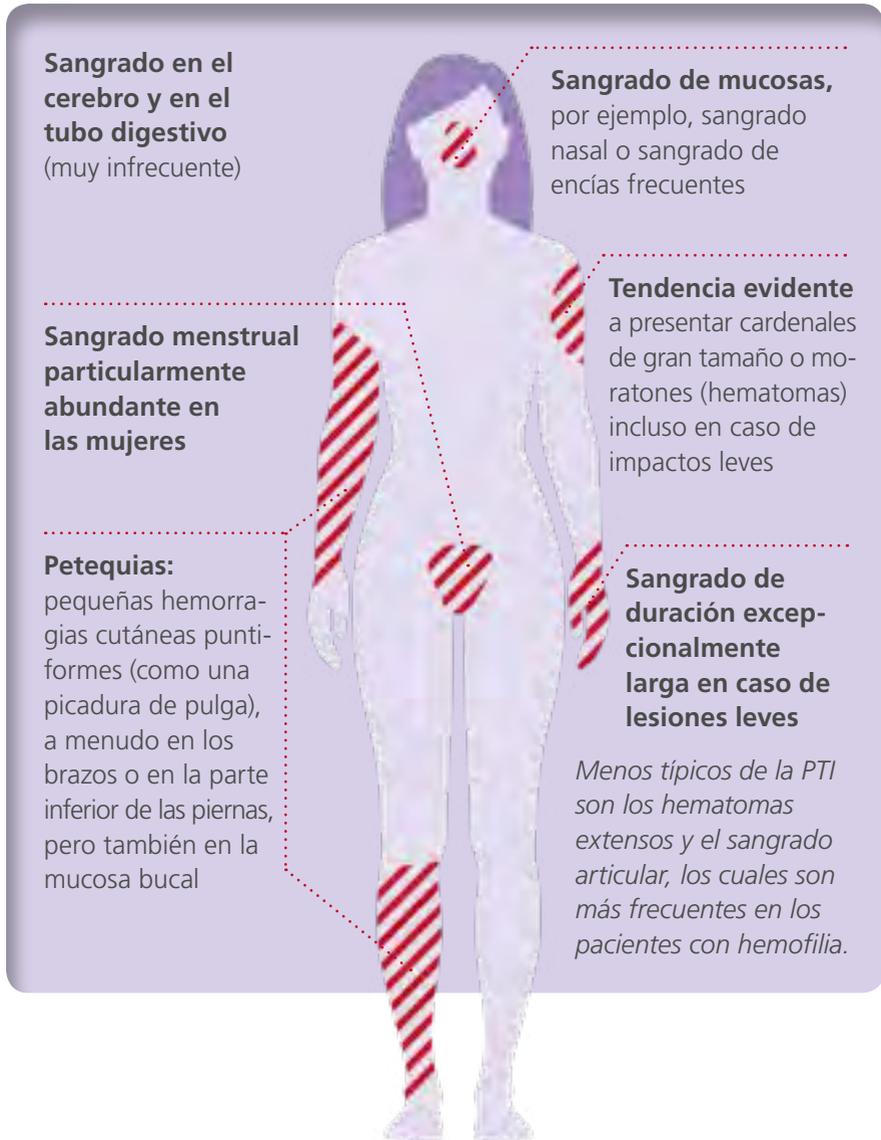
Hemorragias y cardenales ¹

Los trombocitos cumplen una función primordial en la coagulación de la sangre. Una deficiencia podría dar lugar a una limitación de la capacidad de coagulación después de una lesión y también provocar sangrados espontáneos. Sin embargo, los síntomas de la PTI pueden variar mucho de una

persona a otra. Aproximadamente un tercio de los pacientes afectados no presenta ningún síntoma externo; por tanto, en determinadas circunstancias, es posible que la deficiencia de trombocitos se detecte de manera fortuita durante un análisis de sangre.



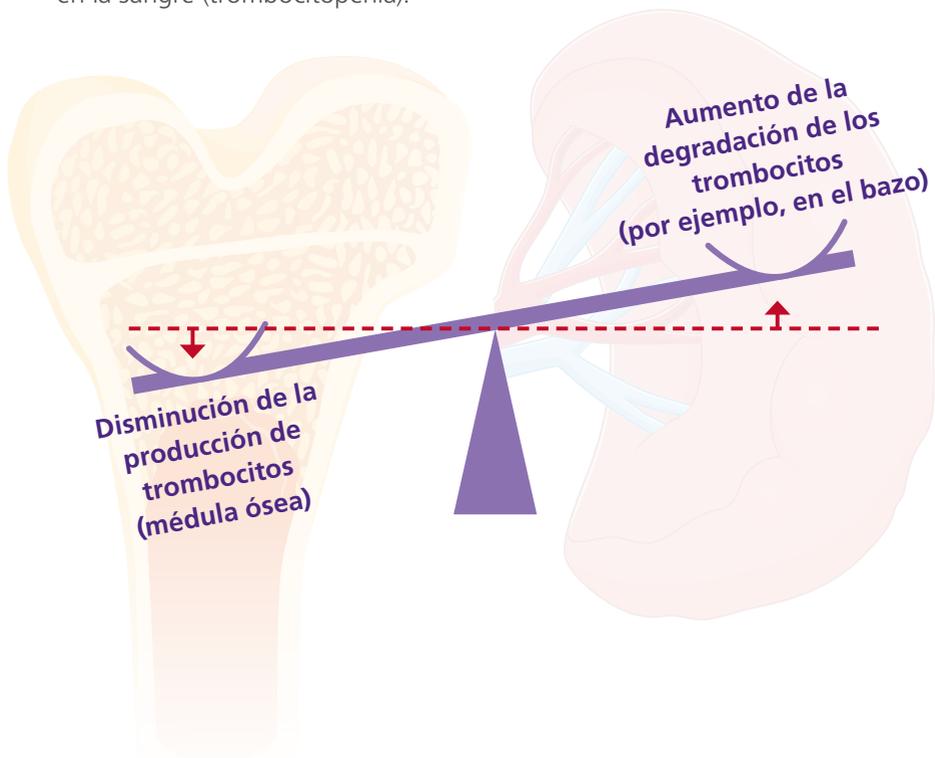
Los síntomas que pueden aparecer en caso de trombocitopenia inmune primaria son: ¹



Causas de la PTI ¹

La PTI es un trastorno autoinmunitario similar a muchas enfermedades reumáticas. En la PTI, los anticuerpos antiplaquetarios provocan un aumento de la degradación de los trombocitos en el bazo. Estos anticuerpos también se denominan autoanticuerpos. Los autoanticuerpos también pueden inhibir la formación de nuevos trombocitos (trombocitopoyesis) en la médula ósea. Ambos efectos combinados provocan una disminución de los trombocitos en la sangre (trombocitopenia).

Si la enfermedad aparece sin que exista un desencadenante claro, se denomina PTI primaria. Hablamos de una forma secundaria de la enfermedad si se establece una conexión con determinados fármacos, con una enfermedad infecciosa o con una vacuna, por ejemplo.



Diagnóstico de la PTI¹

La trombocitopenia inmune primaria se diagnostica por exclusión. Es decir, el diagnóstico solo se realiza si se han podido descartar todas las demás causas posibles de una gran disminución de los valores del recuento de trombocitos. El diagnóstico de la PTI no solo engloba una encuesta detallada sobre sus antecedentes médicos (anamnesis), sino también exploraciones físicas y pruebas analíticas de la sangre, y, si es necesario, la médula ósea.

La PTI solo debe diagnosticarse si el recuento de trombocitos es inferior a $100\,000/\mu\text{l}$ (los valores normales están comprendidos entre $150\,000$ y $300\,000/\mu\text{l}$). Si no hay nada que reseñar en los antecedentes médicos y los demás valores sanguíneos son normales, una disminución del recuento de plaquetas $< 100\,000/\mu\text{l}$ es suficiente para el diagnóstico de la PTI. En un principio, no es necesario realizar un aspirado de médula ósea si los hallazgos son típicos.

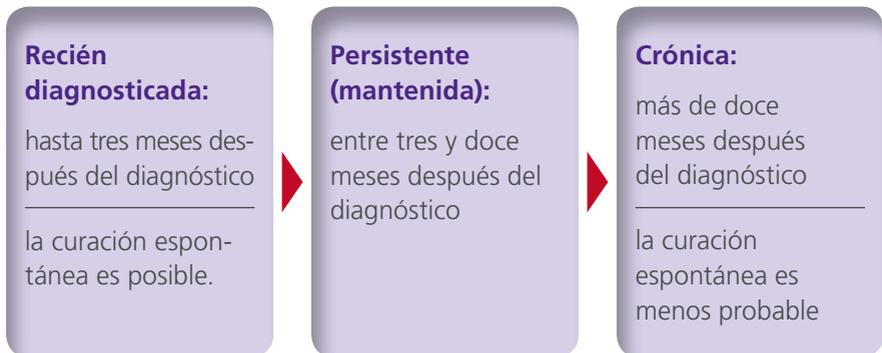




Fases y evolución de la PTI ¹

La PTI se divide en diferentes fases; el tratamiento correspondiente se determina asimismo de acuerdo con estas fases. Durante mucho tiempo, solo existió una distinción entre la PTI aguda y crónica; en la actualidad, se ha establecido una división de la enfermedad y del tratamiento en tres fases:

En niños y adolescentes, la enfermedad suele curarse en semanas incluso sin tratamiento. Las hemorragias intenso es una rareza. En adultos, la evolución crónica a largo plazo o incluso de por vida es más frecuente.



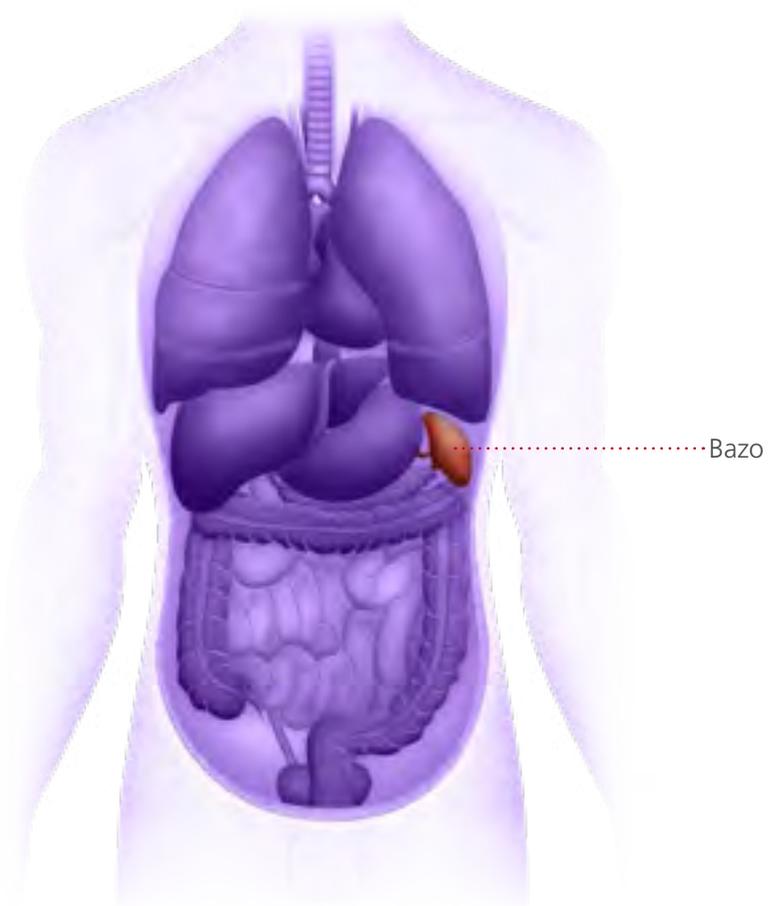
La decisión sobre el tratamiento depende del riesgo de hemorragia de cada persona y de otros factores.



Evaluación de la tendencia al hemorragias ¹

Para poder evaluar el riesgo individual de hemorragias, el médico se centra principalmente en la intensidad y el número de signos visibles de sangrado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) distingue cinco niveles de intensidad, que van desde “ausencia de

signos de sangrado” hasta “sangrado en el cerebro y otros órganos”. Sobre la base de esta evaluación, el espectro de tratamiento incluye la espera, el tratamiento de urgencias, el tratamiento farmacológico hasta la extirpación terapéutica del bazo (esplenectomía).



Pruebas de diagnóstico adicionales: ¿cuándo están indicadas? ¹

La realización de pruebas diagnósticas adicionales solo tiene sentido si, en caso de PTI persistente o crónica, el tratamiento iniciado presenta un efecto insuficiente o únicamente pasajero. Entonces, quizá sea necesario realizar pruebas analíticas adicionales (para detectar determinadas enfermedades infecciosas), radiografías y exámenes ecográficos, etc. En algunas circunstancias, también podría incluirse la determinación de la presencia de anticuerpos antiplaquetarios para confirmar el diagnóstico de la PTI.



¿Cómo se puede tratar la PTI? ¹

Existen varias opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento de la PTI. La necesidad de tratamiento depende de la tendencia individual al sangrado. En cada caso particular, el médico y el paciente deben decidir siempre conjuntamente si la PTI requiere tratamiento.

Si bien en el pasado la cifra de plaquetas (trombocitos) en sangre también era un factor importante a la hora de tomar esta decisión, las

directrices actuales recomiendan tener en cuenta la tendencia al sangrado del paciente, así como otros aspectos de su vida.

El objetivo del tratamiento es aumentar el recuento de plaquetas y, por tanto, minimizar el riesgo de sangrado. Las situaciones especiales, por ejemplo, si el paciente tiene una intervención quirúrgica o un tratamiento dental previstos, pueden requerir medidas adicionales.

Un tratamiento suele ser ...

... definitivamente una opción

si se produce un sangrado intenso.

... posiblemente una opción

si se produce un sangrado moderado.

... innecesario

si la tendencia al sangrado es escasa o nula (primero se debe verificar y controlar). No obstante, el aumento del riesgo de lesiones o la presencia de enfermedades previas adicionales, por ejemplo, suelen justificar la decisión de administrar un tratamiento.



Tratamiento de primera línea en caso de PTI ¹

Para los pacientes con PTI que precisan tratamiento, los denominados corticosteroides son el fármaco de elección. Estas sustancias están relacionadas con una hormona llamada cortisona, que regula el sistema inmunitario. Los corticosteroides inhiben la producción de anticuerpos antiplaquetarios. Si se produce un sangrado intenso, se considerará la posibilidad de instaurar medidas terapéuticas adicionales, como la administración de inmunoglobulinas o de concentrados de plaquetas. Las

inmunoglobulinas suelen provocar un aumento rápido pero a corto plazo de los trombocitos durante 2–4 semanas. Por tanto, se administran en caso de sangrado intenso o de intervenciones quirúrgicas que no pueden aplazarse. Si se produce un sangrado intenso, el uso de concentrados de plaquetas también puede dar lugar a un aumento a corto plazo del recuento de trombocitos en algunos pacientes y puede detener la hemorragia.

Tratamiento de primera, segunda y tercera línea

En medicina, un tratamiento de primera línea es aquel que se ha establecido como el tratamiento de referencia que se administra directamente después del diagnóstico. Solo en caso de fracaso de este tratamiento se utiliza un tratamiento de segunda o tercera línea.



Extirpación del bazo (esplenectomía) en caso de PTI ¹

Si la PTI no mejora con medicamentos, la extirpación quirúrgica del bazo puede considerarse una opción terapéutica. La PTI provoca un incremento de la degradación de los trombocitos, entre otras cosas. Esta degradación sucede especialmente en el bazo, pero en muchos pacientes también tiene lugar en el hígado. Si los tratamientos de primera y segunda línea no funcionan, la extirpación quirúrgica del bazo podría ser una opción para algunos pacientes.

Extirpación quirúrgica del bazo

La extirpación quirúrgica del bazo se denomina esplenectomía (también: resección del bazo). Se puede realizar como cirugía abierta (sección abdominal) o mediante técnica laparoscópica (cirugía mínimamente invasiva). Después, muchos pacientes presentan un aumento permanente de los trombocitos. Sin embargo, no todos los pacientes responden a la extirpación del bazo y algunos sufren una recaída en algún momento. La extirpación del bazo es posible porque este no es un órgano vital y porque el hígado puede asumir gran parte de sus funciones. Sin embargo, el bazo desempeña un papel importante en la defensa frente a patógenos, de modo que, después de una esplenectomía, existe un mayor riesgo de por vida de contraer infecciones. Por tanto, los pacientes a los que se les ha extirpado el bazo deben recibir vacunas contra ciertas enfermedades infecciosas.

Quién podría beneficiarse de una esplenectomía

La extirpación del bazo es especialmente útil para los pacientes que continúan teniendo sangrados intensos a pesar del tratamiento con corticosteroides y otros medicamentos. Dado que las remisiones espontáneas de la PTI ocurren con relativa frecuencia hasta 12 meses después del diagnóstico, se debe intentar posponer la esplenectomía hasta ese momento.

Otras opciones terapéuticas para la PTI ¹

No todos los pacientes alcanzan el resultado deseado del tratamiento o, tras un éxito inicial, hay una recaída. Entonces, se puede optar por otros posibles tratamientos:

- Un nuevo tratamiento con corticosteroides
- Tratamiento de segunda línea: tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina
- Extirpación quirúrgica del bazo (esplenectomía)
- En líneas posteriores de tratamiento: fármacos inmunosupresores

Los agonistas del receptor de la trombopoyetina son sustancias que pueden estimular la formación de nuevas plaquetas (trombocitopoyesis) en la médula ósea. Los inmunosupresores son medicamentos que habitualmente se administran para prevenir el rechazo después del trasplante de órganos, en caso de otras enfermedades inmunitarias o para el tratamiento de las neoplasias de la sangre y los ganglios linfáticos. Pueden ralentizar la formación de autoanticuerpos contra los trombocitos.





Vivir
con PTI

Deportes ^{1,5}

Deportes y ejercicio con PTI

Los deportes y el ejercicio pueden contribuir de forma significativa al bienestar físico y emocional, y a la salud mental. Para muchas personas, son elementos muy importantes en su vida diaria. Tampoco se debe olvidar el componente social, ya que estas actividades a menudo tienen lugar en comunidad. En consecuencia, no deben estar innecesariamente restringidos para los pacientes con PTI.

Descubra qué es lo que le funciona

Si ya practica algún deporte, sin duda debe hablar con su médico después del diagnóstico para saber si puede seguir practicándolo en la misma medida, a pesar de su enfermedad. Hay algunos deportes que se centran en el fitness y la resistencia, mientras que otros están más centrados en la actividad física y la fuerza. Dependiendo de su tendencia personal al sangrado, debería evitar los deportes asociados a un mayor riesgo de lesiones. Los tipos de deportes con un menor riesgo de lesiones son, por ejemplo, el senderismo, el ciclismo, la natación, el remo, los bailes de competición, los bolos, etc. Los deportes de equipo y de contacto, como el fútbol, el hockey sobre

hielo, el judo o algunos tipos de gimnasia deportiva con aparatos, son menos adecuados.

Consulte a su médico especialista para saber qué deporte es apto para usted.

¡Cuidese!

Solo usted puede saber qué actividades y en qué medida son idóneas en su caso:



Escuche a su cuerpo y tome nota de cuál es el término medio saludable para usted en el deporte; preste atención a su nivel de entrenamiento.



Por ejemplo, lleve casco, protectores para las articulaciones, protectores contra golpes y vestimenta adecuada.



Consulte a su médico qué podría ser útil y sensato en su caso.



No olvide la diversión y la vitalidad que los deportes y el ejercicio pueden ofrecerle.

Viajes

Viajar con PTI

Debe tener en cuenta algunas cosas para poder disfrutar de sus vacaciones:

- ✓ Lo mejor es informarse acerca de los centros médicos del destino incluso antes de comenzar su viaje. Si es necesario, comente con un especialista en medicina tropical sus planes de viaje a destinos exóticos.
- ✓ Cuando viaje en avión, asegúrese de llevar en su equipaje de mano los medicamentos esenciales de urgencia y los documentos importantes (por ejemplo, una tarjeta de identificación para urgencias).
- ✓ Algunos medicamentos requieren determinadas condiciones de conservación (como refrigeración).
- ✓ Compruebe si estarán disponibles en su trayecto y en el lugar de destino de sus vacaciones.
- ✓ Verifique la cobertura de su seguro.

Vacunaciones para los viajes¹

Muchos viajes de larga distancia requieren la vacunación profiláctica. En tales circunstancias, debe decidir junto con su médico lo que es importante y posible para usted, en su caso personal concreto. Asimismo, se deben tener en cuenta otros factores importantes, por ejemplo, si está en tratamiento con corticosteroides o si le han extirpado el bazo. En estos casos, es posible que no se le puedan administrar todas las vacunas o que necesite además algunas vacunas especiales.

Atención médica en el destino vacacional

Para muchas personas, viajar contribuye en gran medida a su calidad de vida. Por norma general, la PTI no supone un impedimento para irse de viaje. No obstante, puede resultar útil conocer con antelación las condiciones en el lugar de destino para sentirse seguro y bien cuidado.

Vivir
con PTI



A close-up photograph of a pregnant woman's belly. Her hands are gently cradling the abdomen. Several small white daisies with yellow centers are scattered across the skin. In the upper right corner, there is a purple circular graphic with a watercolor-like texture containing the text "Vivir con PTI".

Vivir
con PTI

Embarazo ^{1,6}

Deseo de un hijo y embarazo con PTI

El embarazo es un momento muy especial, incluso para las mujeres sanas.

A las pacientes con PTI les surgen muchas preguntas sobre el bienestar de la madre y del bebé.

El deseo de tener un hijo hace que las pacientes con PTI se planteen una serie de preguntas:

- ¿Puede la enfermedad afectarnos a mí y a mi hijo de forma negativa durante el embarazo?
- ¿A qué debo prestar atención?
- ¿Qué puedo hacer yo?
- ¿La PTI es hereditaria?

Las revisiones periódicas son importantes

Si bien la evolución de la enfermedad es distinta en cada paciente, cabe destacar que la cifra de trombocitos suele descender un poco durante el embarazo. Siempre que el recuento de trombocitos sea superior a 50 000/ μ l, el sangrado intenso será muy infrecuente.

Por tanto, se debe revisar de forma periódica la cifra de trombocitos durante el transcurso del embarazo. Esto permite que el hematólogo, idealmente en consulta con el ginecólogo, decida cuándo se requiere iniciar un tratamiento o adaptar el tratamiento existente. Otras enfermedades simultáneas y el tipo previsto de parto (vaginal o por cesárea) también se tienen en cuenta. Asimismo, si se utilizan medicamentos para el dolor durante el parto, es importante que los médicos especialistas sepan de la PTI.



Vivir con PTI



¿Cuándo puede hacerse necesario el tratamiento de la PTI?¹

Quizá sea preciso tratar la PTI durante el embarazo si se produce un sangrado, se realizan ciertos procedimientos, como una cesárea, o se administra anestesia espinal. No dude en preguntar todas sus dudas al ginecólogo y al oncólogo.

Planifique el parto lo mejor posible

En el pasado, se solía recomendar el parto por cesárea en el caso de PTI. El recuento de trombocitos y los episodios de sangrado en partos anteriores, por ejemplo, son factores importantes a la hora de tomar una decisión en cada caso personal.

Después del nacimiento

Lo primero es lo primero: la PTI no es hereditaria. Sin embargo, es posible que los anticuerpos presentes en la sangre de la madre pasen a la sangre del hijo, de modo que el recién nacido también puede tener un recuento de plaquetas bajo. En la mayoría de los casos, estos valores bajos solo tienen que ser supervisados, pero no tratados. Con respecto a la lactancia, no hay ninguna razón para contraindicarla. De nuevo, no dude en dirigirse a su médico especialista o a su matrona para resolver cualquier pregunta o inquietud.



Otras preguntas médicas^{1,8}

Vacunas

Los pacientes con PTI deben estar al día con todas las vacunas necesarias y aconsejables (por ejemplo, contra la gripe, contra neumococos y contra la hepatitis B). Cuando se utilicen fármacos que inhiben el sistema inmunitario, no deberán administrarse vacunas elaboradas con microbios vivos (por ejemplo, contra el sarampión, la rubéola, las paperas, la varicela o la tuberculosis). Si esto le supone un problema, consulte a su médico al respecto.

Medicamentos

Tome paracetamol o metamizol para el dolor. El ibuprofeno o el ácido acetilsalicílico (AAS) son, por lo general, inadecuados, ya que actúan como inhibidores de la agregación plaquetaria. Sin embargo, en determinadas circunstancias, se puede continuar un tratamiento con una dosis baja de AAS, de 75–100 mg/día, hasta una cifra de plaquetas de 30 000/ μ l.

Sangrado menstrual

El sangrado menstrual excesivamente abundante se puede normalizar tomando la “píldora” (anticonceptivo oral).

Nutrición⁸

No hay ningún tipo de alimentación que afecte al recuento de trombocitos de forma positiva ni negativa. Los estimulantes como el café, el té y el alcohol, consumidos con moderación, no afectan a la PTI primaria. Después de un sangrado, es posible que exista una carencia de hierro. En tal caso, puede ser útil consumir alimentos con un alto contenido en hierro fácilmente utilizable por el organismo, pero también se puede recurrir a un suplemento de hierro medicinal.



Intervenciones o tratamientos dentales^{1,7}

Intervenciones o tratamientos dentales con PTI

Los pacientes con PTI presentan un mayor riesgo de sangrado. Esto debe tenerse en cuenta para las intervenciones dentales o quirúrgicas previstas. A diferencia de la planificación individualizada del tratamiento, el recuento de trombocitos es importante para la planificación de intervenciones quirúrgicas o diagnósticas. Las directrices de la Bundesärztekammer [Asociación Médica Alemana] para diferentes intervenciones (desde la limpieza dental hasta operaciones más abrasivas) especifican los distintos valores de referencia de los recuentos de plaquetas a los que se debe aspirar. Dado que estos datos se recopilaban en pacientes con trastornos de la formación de trombocitos (y no en pacientes con PTI), se deberá tener en cuenta en cada caso concreto si el paciente ha sufrido anteriormente episodios de sangrado con los valores indicados para el recuento de trombocitos.

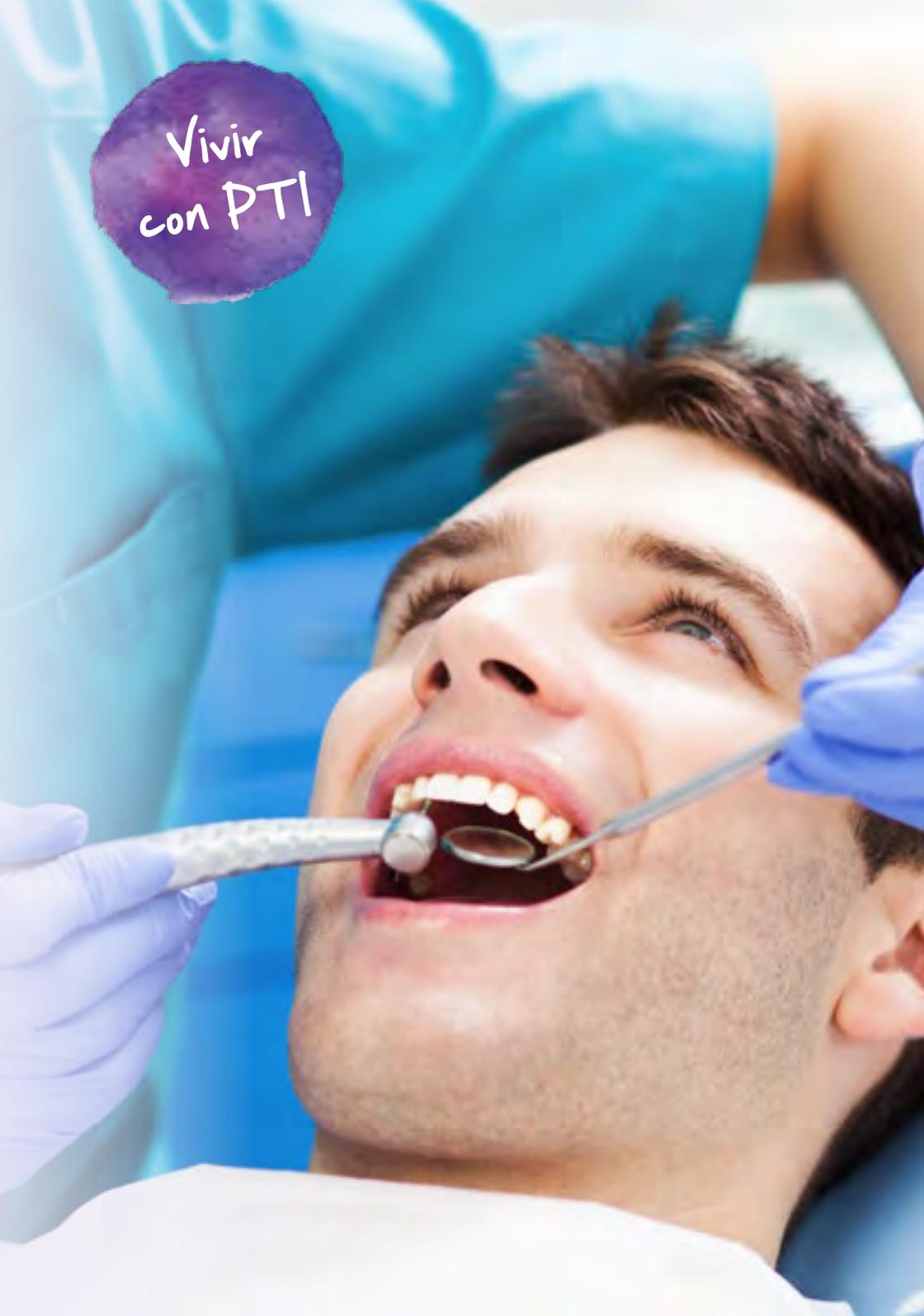
En caso de una urgencia, inmunoglobulinas

Si se tiene que realizar un procedimiento o una intervención de urgencia, no hay tiempo para esperar a un aumento de los trombocitos. En tales circunstancias, es posible lograr una cifra de plaquetas lo suficientemente alta con rapidez mediante la administración de inmunoglobulinas, pero solo durante un breve periodo de tiempo. Los corticosteroides utilizados en el tratamiento de la PTI pueden generar un recuento de trombocitos suficiente en un plazo de 1 a 2 semanas.

Informe a su médico

Si tiene programada una intervención quirúrgica o dental, asegúrese siempre de informar al médico especialista sobre su enfermedad. También tiene sentido llevar siempre consigo documentos o una tarjeta de identificación para urgencias que proporcionen información sobre su enfermedad en caso de urgencia médica.

Vivir
con PTI





Autoayuda

Autoayuda con la PTI: fuertes juntos

Para los pacientes con PTI, puede ser beneficioso intercambiar experiencias con otros pacientes o con sus familiares en grupos de autoayuda. La trombocitopenia inmune primaria es una enfermedad infrecuente. Por tanto, los pacientes afectados suelen tener una gran necesidad de información.



Intercambio de experiencias e información actualizada

El intercambio con otros pacientes puede ser muy valioso, especialmente para los pacientes recién diagnosticados y sus familiares. Aunque probablemente su médico especialista ya le haya informado de lo más importante de la enfermedad, ahora se trata de encontrar su camino en la vida diaria y vivir con la PTI. Aquí, además de información muy práctica, como direcciones de especialistas o recomendaciones, también son de gran ayuda los temas sobre cómo afrontar la enfermedad y los temores y las angustias asociados a ella.

¿Dónde puedo encontrar grupos de autoayuda?

Pregunte a su médico especialista si tiene direcciones de grupos de autoayuda. Puede darle los nombres de algunos grupos regionales o darle consejos sobre cómo obtener esta información.

Glosario

Agudo

“Rápido” o “que ocurre de repente”

Anticuerpo

Proteínas fabricadas por el sistema inmunitario para combatir patógenos; también se denominan inmunoglobulinas. Todos los anticuerpos difieren entre sí en detalles; sin embargo, encajan en la estructura a la que van dirigidos como una llave en su cerradura

Antiinflamatorio

“Dirigido contra una inflamación”

Autoanticuerpos

Anticuerpos que el organismo fabrica contra sus propios componentes

Autoinmunitario, trastornos autoinmunitarios

Enfermedades en las que el sistema inmunitario del organismo ataca sus propios tejidos

Bazo

Órgano ubicado en el abdomen superior izquierdo que participa en la circulación de la sangre. Ayuda en la defensa frente a sustancias extrañas (antígenos). Además, es un importante lugar de almacenamiento de monocitos (un tipo de glóbulos blancos) y se utiliza para identificar células sanguíneas obsoletas

Corticosteroide

Otro término para denominar a la cortisona, una hormona endógena que se administra de forma eficaz para tratar una gran variedad de enfermedades. Tiene propiedades antiinflamatorias y suprime las reacciones inmunitarias

Crónico

Síntomas que reaparecen una y otra vez, o que siempre están presentes

Diagnóstico

Detección de una enfermedad por parte de un médico

Diagnóstico diferencial

Todos los diagnósticos que pueden servir como explicación de los síntomas se tienen en cuenta en el diagnóstico y se revisan para comprobar su exactitud

Diagnóstico por descarte

Solo es posible realizar el diagnóstico si se han podido descartar todas las demás causas posibles de los síntomas

Enfermedad de Werlhof

Nombre alternativo para la PTI, en honor al doctor Paul Gottlieb Werlhof, que describió la enfermedad por primera vez

Esplenectomía

Extirpación del bazo

Idiopático

De causa desconocida

Inflamación

Reacción natural del organismo para activar el sistema inmunitario

Macrófago

Un tipo de fagocito del sistema inmunitario

Médula ósea

Tejido óseo en el que se forman las células sanguíneas

Megacariocitos

Células de la médula ósea responsables de la formación de trombocitos

Monocitos

Células del sistema inmunitario presentes en la sangre que son precursoras de los macrófagos

Persistente

Que se mantiene

Petequias

Puntos rojos o morados en la piel o en las membranas mucosas

Plaquetas de la sangre

Véanse "plaquetas" o "trombocitos"

Plaquetas / plaquetas sanguíneas

El término técnico es trombocitos; pequeños cuerpos celulares con forma de disco que están presentes en la sangre. Desempeñan un papel importante en la coagulación sanguínea. Si se produce una lesión en un vaso sanguíneo, se adhieren a la pared vascular lesionada y, de esta forma, cierran rápidamente el vaso, y el sangrado se detiene. Los trombocitos suelen vivir de cinco a nueve días y posteriormente son degradados en el bazo, el hígado y los pulmones

Proteínas

Moléculas biológicas constituidas por aminoácidos que tienen múltiples funciones y se encuentran en todo el cuerpo

Púrpura

Hemorragias pequeñas en la piel, el tejido subcutáneo o las membranas mucosas

Recuento de plaquetas = recuento de trombocitos = cifra de trombocitos

Un valor cuantitativo que indica la cantidad de trombocitos que hay en la sangre. Se suele expresar en miles por microlitro (por ejemplo, 50 000) o en 10^9 por litro (por ejemplo, $50 \times 10^9/l$). Un valor de $50 \times 10^9/l$ corresponde a 50 000 trombocitos por microlitro

Resistente

Insensible, que no se ve influido; una enfermedad resistente al tratamiento no se ve influida por los métodos de tratamiento habituales

Síndrome

Presencia de varios síntomas típicos de una enfermedad en particular

Síntomas

Dolencias que se producen en una enfermedad concreta

Sistema inmunitario

El sistema que tiene el organismo para eliminar patógenos, sustancias extrañas y células tumorales

Trombocitopenia

Una cifra baja de trombocitos

Trombocitopenia inmune primaria (PTI)

Enfermedad autoinmunitaria en la que el sistema inmunitario ataca y destruye los trombocitos. La sigla PTI también hace referencia a la púrpura trombocitopénica inmunitaria idiopática o enfermedad de Werlhof

Trombocitopoyesis

Nueva formación de plaquetas

Trombocitos

Véase "plaquetas"

Trombosis

Proceso de coagulación de la sangre y formación coágulos que obstruyen el vaso sanguíneo

Bibliografía

1. Onkopedia Leitlinie ITP [Onkopedia, guía, PTI], <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/immunthrombozytopenie-itp/@@guideline/html/index.html> (último acceso el 31.03.2020).
2. Lothar Thomas: Labor und Diagnose [Laboratorio y Diagnóstico], 7th edition, TH-Books-Verlags-Gesellschaft, 2008.
3. DocCheck Flexikon Thrombozyten <http://flexikon.doccheck.com/de/Thrombozyt> [DocCheck Flexikon Plaquetas] (último acceso el 31.03.2020).
4. DocCheck Flexikon Hämostase <http://flexikon.doccheck.com/de/H%C3%A4mostase> [DocCheck Flexikon Hemostasia] (último acceso el 31.03.2020).
5. Gernot Badtke: Sportmedizin für Ärzte: Lehrbuch auf der Grundlage des Weiterbildungssystems der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention [Medicina Deportiva para Médicos: Libro de texto basado en el Sistema de Educación Continua de la Sociedad Alemana para la Medicina Deportiva y la Prevención], Deutscher Ärzteverlag 2010.
6. Website of the Selbsthilfegruppe Itp [Grupo de autoayuda PTI] Information <http://www.itp-information.de/itp-und-schwangerschaft.html> (último acceso el 31.03.2020).
7. Querschnitts-Leitlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten [Recomendaciones transversales de la Asociación Alemana de Medicina (BÄK) para el tratamiento con componentes de la sangre y derivados plasmáticos]; 4th revised and updated edition 2014 https://www.bundes-aerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/QLL_Haemotherapie_2014.pdf [Hemoterapia_2014.pdf] (último acceso el 31.03.2020).
8. Tischatlas ITP/SAA [Atlas de PTI/AAG], Alexander Burchardt, Jens Panse; Thieme Verlag, 2018.

