



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA  
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**

**EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA INMUNE.  
CONSULTA DE HEMATOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR.  
ENRIQUE TEJERA" 2001 - 2011**

Autor: Katherine Ferragonio

Valencia, Octubre de 2015



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA  
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON TROMBOCITOPÉNIA INMUNE.  
CONSULTA DE HEMATOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR.  
ENRIQUE TEJERA" 2001 - 2011**

Autor: Katherine Ferragonio.

Tutor: Marcos Hernández J.

Trabajo que se presenta ante la ilustre Universidad de Carabobo para optar  
al Título de Especialista en Medicina Interna

Valencia, Octubre de 2015



## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

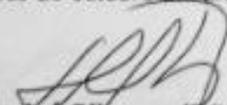
### EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON TROMBOCITOPENIA INMUNE. CONSULTA DE HEMATOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" 2001 - 2011.

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

**FERRAGONIO L., KATHERINE**  
C.I. V - 17315640

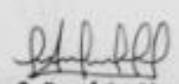
Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

En Valencia, a los treinta días del mes de octubre del año dos mil quince.

  
Prof. Haydee Oliveros (Pdte)  
C.I. 3025988  
Fecha 30-10-2015

  
Prof. Elena Lissott  
C.I. 14078042  
Fecha 30/10/2015



  
Prof. José L. Herrera  
C.I. 9445736  
Fecha 30/10/2015

TG: 97-15

*Se dedica esta investigación a: Dios quien guía siempre todos mis pasos. A mis padres quienes han creído en mí siempre, y me han apoyado en cada instante de mi vida, no sé qué hubiese hecho sin ellos. A mis profesores y tutores, que tuvieron la paciencia y dedicación de enseñarme, que forjaron mi carácter, e hicieron que sintiera la Medicina Interna como a mi propia piel. A todos, Gracias!.*

*Se agradece por su contribución en la realización de este trabajo a: Dios, a mis Padres, por su apoyo incondicional en todos mis proyectos, a mi adjunto de guardia la Dra. Esmirna Salazar por ser una excelente maestra e internista, todo un ejemplo a seguir; a mis compañeros y amigos de grupo 3 quienes fueron mi soporte durante todo el postgrado, a mi tutor el Dr. Marcos Hernández, quien no permitió que olvidara por un día la importante labor que significaba esta tesis. A todos ellos mil gracias.*

**EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON TROMBOCITOPÉNIA INMUNE.  
CONSULTA DE HEMATOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA “DR.  
ENRIQUE TEJERA” 2001 - 2011**

**Autor:** Katherine Ferragonio  
**Año:** 2015

**RESUMEN**

**Introducción:** La trombocitopenia inmune (PTI), es una patología benigna frecuente en la consulta hematológica, afectando a niños y adultos por igual.  
**Objetivo:** Analizar la epidemiología de los pacientes con diagnóstico de PTI.  
**Metodología:** Estudio descriptivo, no experimental y retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 128 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de PTI que acudieron a la consulta de Hematología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” entre 2001-2011.  
**Resultados:** La edad promedio al diagnóstico fue de  $25,6 \pm 18,9$  años. 71.8% pertenecieron al sexo femenino y 28.1% al masculino. El 93,8% fueron procedentes del edo. Carabobo. La mayoría de los pacientes (70.3%) fueron referidos por otro médico. Según la clasificación etiológica de la PTI el 92.2% de los casos fue de origen primario, mientras que el 7.8% de los casos fue de origen secundario, resaltando de esta el Síndrome de Evans (4.7%), Lupus Eritematoso Sistémico y secundario al uso de difenilhidantoína sódica (1.6%) respectivamente. La presencia de manifestaciones hemorrágicas estuvo presente en el 87.5% de los casos, siendo la presencia de petequias la más frecuente (39%), seguida de equimosis (36%), epistaxis o sangrado genital (12.5%) en cada caso.  
**Conclusiones:** Los pacientes tuvieron un promedio de edad al diagnóstico de 26.8 años, con una mínima de 1 año y una máxima de 69 años, el sexo femenino predominó ante el masculino y la mayoría provenían del edo. Carabobo. La principal etiología fue de origen primario, y un gran porcentaje de los pacientes tuvo manifestaciones hemorrágicas.

**Palabras claves:** Trombocitopenia Inmune, PTI, epidemiología

**EPIDEMIOLOGY OF PATIENTS WITH IMMUNE THROMBOCYTOPENIA.  
HEMATOLOGY CONSULT. HOSPITAL CITY “DR. ENRIQUE TEJERA”  
2001 Y 2011**

**Author:** Katherine Ferragonio  
**Year:** 2015

**ABSTRACT**

**Introduction:** Immune thrombocytopenia (ITP), is a common disease in the hematology consult, affecting children and adults alike **Aim:** Analyze the epidemiology of patients with diagnose of ITP. **Methodology:** A descriptive study, non-experimental and retrospective. The population consisted of a review of 128 medical records of patients diagnosed with ITP that consulted to the Hospital City “Dr. Enrique Tejera” Hematology service **Results:** From 128 patients with PTI, The average age was  $25,6 \pm 18.9$  years old. 71.8% was female and 28.1% male. The 93,8% was from Carabobo state. The most patients (70.3%) were referred by another doctor. According to the etiology classification of ITP, 92.2% was primary origin, while 7.8% of the cases were secondary of another diseases, highlighting Evans Syndrome (4.7%), Systemic Lupus Erythematosus and second to drug use, phenytoin (1.6%) respectively. Hemorrhagic manifestations were present in the 87.5% of cases, being the most frequent petechiae (39%), followed by ecchymosis (36%), epistaxis or genital bleeding (12.5%) each. **Conclusions:** The patients with ITP diagnosis that consulted to the Hospital City “Dr. Enrique Tejera” Hematology service between 2001 – 2011, had an average age of 26.8 years old, with a minimum of 1 year and a maximum of 69 years old, the predominant sex was female and most of the patients came from Carabobo State. The principal etiology was primary, and the majority had hemorrhagic manifestations.

**Key words:** Immune Thrombocytopenia, ITP, epidemiology

## INDICE GENERAL

	Página
Introducción.....	4
Metodología.....	9
Resultados.....	10
Discusión.....	11
Conclusión.....	13
Referencias Bibliográficas.....	14
Anexos.....	16

## INDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

	Página
TABLA 1. Características basales de los pacientes con PTI	17
GRAFICO 1. Motivo de consulta de los pacientes con PTI	18
TABLA 2. Manifestaciones hemorrágicas de los pacientes con PTI	19
GRAFICO 2. Frecuencia de manifestaciones hemorrágicas con PTI	20
GRAFICO 3. Clasificación etiológica de los pacientes con PTI	21
TABLA 3. Causas de PTI secundarias	22

## INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia inmune (PTI), es una patología benigna frecuente en la consulta hematológica, afectando a niños y adultos por igual. Es un trastorno autoinmune adquirido, heterogéneo en su forma de presentación clínica y evolución. Está caracterizado por trombocitopenia, con un valor de plaquetas menor a  $100.000 \text{ xmm}^3$ , en la que el riesgo de sangrado depende de la cuenta plaquetaria. Dentro de su fisiopatología la PTI está mediada por anticuerpos antiplaquetarios (AAP) que aceleran la destrucción de las plaquetas e inhiben su producción. Se clasifica en primaria y secundaria. La PTI primaria se caracteriza por haber ausencia de cualquier causa obvia iniciante y/o subyacente de la enfermedad y se estima que se presenta en el 80% de los casos, por su parte la PTI secundaria, que abarca el 20% de los casos, incluye todas las formas asociadas a otra causa de enfermedad.<sup>1, 2</sup>

Anteriormente esta patología se le adjudicaba el nombre de púrpura trombocitopénica idiopática, sin embargo, como ya se conoce su origen autoinmune el término “idiopático” no es el más apropiado para su definición. El término “púrpura” también ha sido juzgado y rechazado ya que en la mayoría de los casos está ausente o es mínimo el sangrado. Sin embargo, por “PTI” ser un término consagrado por el uso en el gremio médico, se continuará usando el mismo para referirse a Trombocitopenia Inmune.<sup>3,4,5</sup>

Se ha descrito que en su incidencia no tiene diferencias raciales y su demografía puede ser variable con diferencias regionales debido a la ocurrencia de infecciones predisponentes, a la deficiencia inmune asociada al envejecimiento y a la mayor supervivencia de pacientes con neoplasias. La incidencia varía con la edad, en niños los datos publicados oscilan entre 2.2 a 5.3 por cada 100.000 niños por año. En adultos, la incidencia global se

estiman en 3.9 por 100.000 adultos por año, siendo levemente mayor en mujeres 4.4 por cada 100.000 mujeres por año, que en hombres, 3.4 por 100.000 hombres por año. En hombres existen dos picos etarios en menores de 18 años y entre los 75 a 80 años. En las embarazadas la PTI puede estar presente en un 5-10% de las pacientes y es la causa más común de trombocitopenia en el primer trimestre del embarazo.<sup>1,6</sup>

Existen una serie de términos básicos que se deben manejar en cuanto a esta patología:

- PTI de reciente diagnóstico: Se alcanza remisión completa antes de los tres meses de evolución. Se observa en aproximadamente el 50% de los casos.<sup>1,2,3</sup>
- PTI prolongada o persistente: Persiste un valor de plaquetas menor a  $100.000 \text{ xmm}^3$  entre los 3 y los 12 meses de evolución. Incluye a los pacientes que no alcanzan remisión espontánea o no mantienen respuesta después de tratamiento. Se observa en un 30% de los casos.<sup>1,2,3</sup>
- PTI crónica: se observan valores menores a  $100.000 \text{ xmm}^3$  plaquetas luego de los 12 meses de evolución. Se observa en un 20% de los casos.<sup>2,3</sup>
- PTI recidivante: Se produce una caída del recuento plaquetario luego de haberse logrado remisión completa que normalmente dura meses o años y se observa en un 2-4% de los casos.<sup>2</sup>
- PTI refractaria: Se deben cumplir 3 criterios: 1. PTI primaria, 2. No respuesta luego de la esplenectomía y 3. PTI severa<sup>1</sup>
- PTI severa: Pacientes con sangrado con relevancia clínica, es decir, de suficiente importancia para tomar decisión de tratamiento inmediato. Puede presentarse en cualquier fase de la enfermedad.<sup>1,3</sup>
- Remisión completa: cualquier cuenta plaquetaria mayor a  $100 \text{ xmm}^3$  y ausencia de sangrado.<sup>1</sup>

El diagnóstico de PTI primaria se hace por exclusión, en vista de no existir ningún signo o marcador sanguíneo que haga el diagnóstico de la enfermedad. Los anticuerpos antiplaquetarios no se utilizan con frecuencia por su baja sensibilidad y especificidad <sup>2,7</sup>. Las formas de PTI secundarias, con las cuales se tiene que realizar diagnóstico diferencial, se encuentran asociadas a:

- Trastornos medulares de carácter maligno o inmune: trastornos linfoproliferativos como leucemia linfocítica crónica y linfoma no Hodgkin, síndromes mielodisplásicos, leucemia aguda, anemia aplásica y mielofibrosis
- Procesos infecciosos agudos y crónicos tales como hepatitis C y virus de inmunodeficiencia humana.
- Enfermedades autoinmunes: en este caso la PTI puede ser secundaria a síndrome de Sjogren, artritis reumatoide, síndrome antifosfolípido primario, síndrome de Evans y lupus eritematoso sistémico.
- Enfermedad hepática como cirrosis hepática por alcoholismo u otras causas.
- Trombocitopenias hereditarias, síndrome de Bernard Soulier, enfermedad de von Willebrand tipo 2B <sup>6,8</sup>

Las complicaciones por la enfermedad son variables, se pueden observar casos de remisión espontánea, sin manifestaciones hemorrágicas, como es frecuente en niños en los cuales aparece un cuadro de trombocitopenia transitoria semanas posterior a una infección viral, como también existen casos de trombocitopenias crónicas, con riesgo de sangrado variable y refractarias al tratamiento, que pueden complicarse con distintos tipos de sangrado, como epistaxis, gingivorragia, hemorragia digestiva y hemorragias en el sistema nervioso central. Sin embargo, la duración de la enfermedad no se ha visto directamente relacionada con los riesgos de sangrado.<sup>1</sup>

No existen en la actualidad indicadores clínicos o de laboratorio que al momento del diagnóstico permitan predecir con certeza cuál será la evolución. Sin embargo, existen varios factores con distinto valor predictivo. El principal de ellos es la edad. Los niños menores de 12 meses constituyen un grupo pronóstico especial, caracterizado por la corta duración de la enfermedad y un muy elevado porcentaje de remisiones (aproximadamente 90%), que no son influenciados por otros factores pronósticos. Por el contrario, en los pacientes  $\geq 9$  años de edad, la enfermedad pasa a cronicidad en más del 50% de los casos. Un recuento plaquetario inicial  $< 10 \times 10^9/l$  y el antecedente de infección precedente en las 4 semanas previas son factores de pronóstico favorable en niños mayores de 1 año de vida.<sup>2,9,10</sup> La mortalidad asociada a la trombocitopenia es baja, en algunos estudios se ha descrito entre 1-4% debiéndose a las consecuencias del sangrado<sup>9</sup>.

En los últimos 6 años el interés por esta entidad clínica se ha incrementado notablemente y este hecho se refleja en el número de publicaciones científicas relacionadas a diferentes aspectos de la patología como su epidemiología, fisiopatología, terapéutica, tratamiento y complicaciones. Por lo anteriormente planteado, lo frecuente de su aparición en la consulta de hematología, y por ser motivo de numerosas interconsultas por otras especialidades, es de vital importancia establecer estadísticas propias, en donde se pueda conocer las características epidemiológicas y la frecuencia de casos que se observan dentro de la Consulta de Hematología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante los últimos años y así nutrir de conocimiento al personal médico, para garantizar una mejor atención del paciente con esta enfermedad y realizar un diagnóstico precoz de la misma.

Objetivo General: Analizar la epidemiología de los pacientes con diagnóstico de PTI que acudieron a la consulta de hematología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, entre los años 2001 y 2011.

Objetivos específicos:

1. Describir las características demográficas de los pacientes: edad, sexo y procedencia.
2. Identificar motivo de consulta de los pacientes.
3. Determinar la frecuencia de PTI primarias y secundarias.
4. Conocer las causas de las PTI secundarias.
5. Calcular la incidencia de manifestaciones hemorrágicas

## METODOLOGÍA

La presente fue una investigación de tipo: descriptiva, retrospectiva, no experimental, de corte transversal, pues solo se buscó especificar las características del grupo en estudio sin intervenir en su desarrollo, dentro de un período de tiempo específico. La población estuvo determinada por los pacientes que acudieron a la Consulta Externa de Hematología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en Valencia – Venezuela en el periodo comprendido entre el año 2001 y 2011. El tipo de muestra fue no probabilística, intencional y se incluyeron los pacientes que cumplían el criterio de tener el diagnóstico de trombocitopenia inmune.

Para la recolección de datos de esta investigación se utilizó como instrumento una ficha contentiva de: edad, sexo, procedencia, motivo de consulta del paciente, clasificación de la PTI en primaria o secundaria, causa de la PTI secundaria y si existió o no manifestación hemorrágica (Anexo A).

Esta ficha fue diseñada para la recolección de datos de los pacientes, los cuales se obtuvieron de las historias clínicas almacenadas en la unidad de Hematología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

Para el procesamiento de datos se utilizaron procedimientos estadísticos: las variables cualitativas se encuentran expresadas en frecuencia absoluta y frecuencia relativa, las variables numéricas continuas de distribución normal se encuentran expresadas con medidas de tendencia central y de dispersión; representándose todos los datos en tablas y/o gráficos. El paquete estadístico utilizado fue SPSS Versión 19.0.

## RESULTADOS

Se estudiaron 128 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de PTI, en la Tabla 1 se describen las características basales de la población donde se evidencio: edad promedio de  $25,6 \pm 18,9$  años, con una edad mínima de 1 año y una máxima de 69 años, con un predominio el sexo femenino con 71,8% (n 92) y el restante 28,1% (n 36) fue del sexo masculino, el 93,8% (n 120) procedentes principalmente del estado Carabobo y el 6,2% (n 8) de otros estados pertenecientes a la región central del país.

De acuerdo al motivo de consulta se encontró que el 70,3% (n 90) fueron referidos por otro médico, mientras que síntomas como la aparición de petequias o sangrado genital representaron el 10,9% y 6,3% respectivamente. (Gráfico 1). Sin embargo la presencia de manifestaciones hemorrágicas en estos pacientes estuvo presente en el 87,5% (n 112) (Gráfico 2), siendo la presencia de petequias la más frecuente con el 39% (n 50) seguida de equimosis en el 34,3% (n 44) y epistaxis o sangrado genital con 12,5% (n 16) en cada caso. (tabla 2).

Según la clasificación etológica de la PTI se encontró que el 92,2% (n 118) fue de origen primario mientras que el 7,8% (n 10) de origen secundario (Gráfico 3), resaltando de esta el síndrome de Evans el 4,7% (n 6), Lupus eritematoso sistémico y secundaria a fármacos (difenilhidantoína sódica) con el 1,6% (n 2) en cada caso. (tabla 3).

## DISCUSIÓN

En este estudio retrospectivo, se identificaron las características clínico epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de PTI de la consulta de Hematología, de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. La edad promedio del diagnóstico fue de 26.8 años, con una mínima de 1 año y una máxima de 69 años, confirmando el hecho que esta patología puede presentarse en cualquier rango de edad<sup>11</sup>.

En la mayoría de los estudios prevalece esta patología en el sexo femenino sobre el masculino <sup>11,12,13,14,15,16</sup>, al igual que en este estudio en donde se evidenció un predominio del 71.8% del sexo femenino sobre un 28.1% en el sexo masculino. Los pacientes provenían principalmente del edo. Carabobo (93.8%), siendo solo ocho pacientes (6.2%) los que fueron recibidos de otros estados, siendo el edo. Yaracuy, Cojedes y Aragua los que más refirieron pacientes.

En cuanto al motivo de consulta, se hizo evidente que muy pocos pacientes consultaron directamente al Servicio de Hematología por motivos de sangrado, el 70.3% visitaron en primera instancia a su médico de cabecera o acudieron a centros primarios de salud en donde fueron referidos a la consulta de hematología. Esto es de gran significancia ya que confirma el hecho de que es una patología que raramente llega en primera instancia a manos del hematólogo, y debe ser sospechada al momento de la evaluación del paciente en la consulta o en la emergencia de cualquier centro de salud.

Solo un 13% de las mujeres y 11.1% de los hombres no tuvieron manifestaciones hemorrágicas al momento del diagnóstico, por lo que este fue realizado por un hallazgo casual de trombocitopenia aislada. En el resto de los casos las manifestaciones hemorrágicas estuvieron presentes, siendo

la presencia de petequias la más frecuente (39%), seguida de equimosis (36%), sangrado genital y epistaxis (12,5%), siendo menos frecuente la presencia de gingivorragia y hematomas. En un estudio realizado por Sajedeh Saeidin en Irán, en donde estudiaron las características clínico epidemiológicas de 323 pacientes con diagnóstico de PTI, igualmente se determinó que las manifestaciones más frecuentes de sangrado eran mucocutáneas, siendo las petequias las más frecuentes (60,5%), seguido por equimosis (61%)<sup>11</sup>. Igualmente, Alam MM, estudió a 95 niños con diagnóstico de PTI en un hospital en Pakistán, y determinó que las petequias estaban presentes en el 79% de los casos<sup>13</sup>.

Según la clasificación etiológica, este estudio coincide con la mayoría de los trabajos ya publicados en donde la causa es desconocida, clasificándose como PTI primaria, en esta investigación se trató de un 92.2% de los casos<sup>3,14,15,17</sup>. Solo 10 de los 128 pacientes tuvieron una causa identificable, seis fueron secundarias a Síndrome de Evans, dos a Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y las dos restantes fueron secundarias a fármacos, en este caso al uso de difenilhidantoína sódica. El síndrome de Evans es una causa rara de PTI, en Monterrey México, realizaron un estudio retrospectivo en donde solo se hallaron seis casos de Síndrome de Evans en un período de seis años, coincidiendo con esta investigación en la baja incidencia de esta patología<sup>18</sup>

Igualmente la PTI secundaria al uso de drogas como la difenilhidantoína sódica es algo poco frecuente, como lo reseña Holtzer en un estudio publicado en 1997<sup>19</sup>. Como dato importante, en mayo de 2015, Barbara M y Garg T, publican un caso de PTI secundaria a LES y establecen que hasta un 16% de los casos, el cuadro de PTI puede preceder al diagnóstico de LES hasta en un año<sup>17</sup>.

## CONCLUSIÓN

La muestra fue de 128 historias clínicas, la edad promedio fue de  $25.6 \pm 18.9$  años, predominó el sexo femenino sobre el masculino y el 93% de los paciente provenían del estado Carabobo. El principal motivo de consulta fue con un 70.3% referido por otra especialidad. Según la clasificación etiológica de la PTI el 92.2% de los casos fue de origen primario, siendo las de causa secundarias en orden de frecuencia por: Síndrome de Evans, Lupus Eritematoso Sistémico y por último al uso de drogas (difenilhidantoína sódica). Las manifestaciones hemorrágicas más frecuentemente encontradas fueron: petequias (39%), equimosis (36%) seguidas por epistaxis y sangrado genital (12,5% respectivamente).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. I Consenso Venezolano Púrpura trombocitopénica Inmune (PTI). Sociedad Venezolana de Hematología. 2010.
2. Púrpura trombocitopénica inmunitaria. Guía de diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr 2010;108(2):173-178
3. Immune thrombocytopenia: no longer idiopathic. Cleveland journal of medicine vol 78 number 6 junio 2011.
4. McMillan R, Bussel JB, George JN, et al. Self-reported health-related quality of life in adults with chronic immune thrombocytopenia purpura. Am J Hematol. 2008;83:150-154
5. Crary S and Buchanan G. Vascular complications after splenectomy for hematological disorders, Blood 2009;114:2861-2868.
6. Provan D, Stasi R, Newland A et al. International Consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. Blood 2010;115:168-186.
7. Immune Thrombocytopenia. Platelet Disorders Adam Cuker<sup>1</sup> and Douglas B. Cines Departments of Medicine and of Pathology and Laboratory Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA.
8. Cines D. The Immune Thrombocytopenia Syndrome: A Disorder of Diverse Pathogenesis and Clinical Presentation. Hematol Oncol Clin North Amer 2009;23:1275-1297.
9. Long-term management of chronic immune thrombocytopenic purpura in adults. International Journal of General Medicine 2010;3 305–311.
10. ¿Cuál es el pronóstico de la trombopenia inmunitaria crónica? An Pediatr (Barc). 2011;74:317-23. - vol.74 núm 05.
11. Sajedeh Saeidi, et al. Immune Thrombocytopenic Purpura in Children and Adults: A Comparative Retrospective Study in IRAN. Int J Hematol Stem Cell Res. 2014 Jul;8(3)30-36.
12. Pardhan A, et al. Outcomes of splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura in adults: a developing country perspective. J Pak Med Assoc. 2014Nov, 64(11):1240-3
13. Alam MM. Idiopathic thrombocytopenic purpura in children: a 10 years experience at tertiary care Hospital. J Pak Med Assoc. 2014Dec. 64(12):1358-62
14. Khalid AlHabsi, et al. Rituximab leads to long remissions in patients with chronic immune thrombocytopenia. Oman Med J. 2015Mar, 30(2): 111-114.

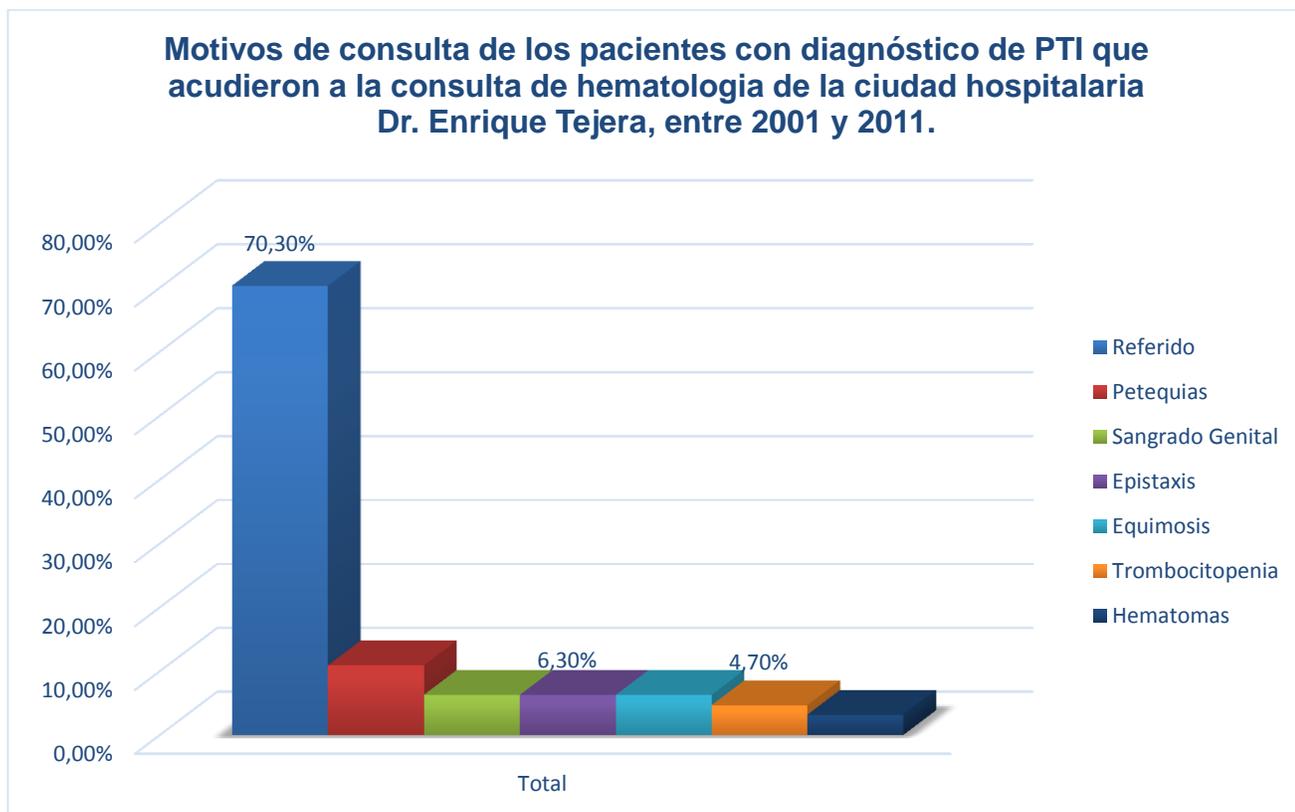
15. W.-J. Dai, et al. Efficacy of standard dose rituximab for refractory idiopathic thrombocytopenic purpura in children. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2015;19:2379-2383
16. Rodeghiero, F, Ruggeri M. Treatment of Immune thrombocytopenia in adults: the role of thrombopoietin-receptor agonists. *Seminars in Hematology*, 2014 Dec, 52(1):16-24
17. Barara M, Garg T. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura Masquerading Paediatric SLE. *Indian J Dermatol*, 2015 May-Jun; 60(3):313-314
18. Jaime, J, et al. Experience with Evans Syndrome in an academic referral center. *Rev Bras Hematol Hemoter*, 2015 Jul-Aug;37(4):230-235
19. Holtezr CD, Keller R. Phenytoin induced thrombocytopenia. *Ann Pharmacother*. 1997 Apr;31(4):435-437

Tabla 1: Características basales de los pacientes con diagnóstico de PTI que acudieron a la consulta de hematología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, entre 2001 y 2011.

Características Basales	Femenino	Masculino	Total (n 128)
Edad	28,9± 18,6 años	17± 7,1 años	25,6 ± 18,9 años
Procedencia			
Carabobo	65,6% (84)	28,2% (36)	93,8% (120)
Otros	6,2% (8)	0% (0)	6,2% (8)
Total	71,8% (92)	28,2% (36)	128 (100%)

Fuente: Datos de la investigación

**Gráfico 1:** Motivos de consulta de los pacientes con diagnóstico de PTI que acudieron a la consulta de hematología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, entre los años 2001 y 2011.



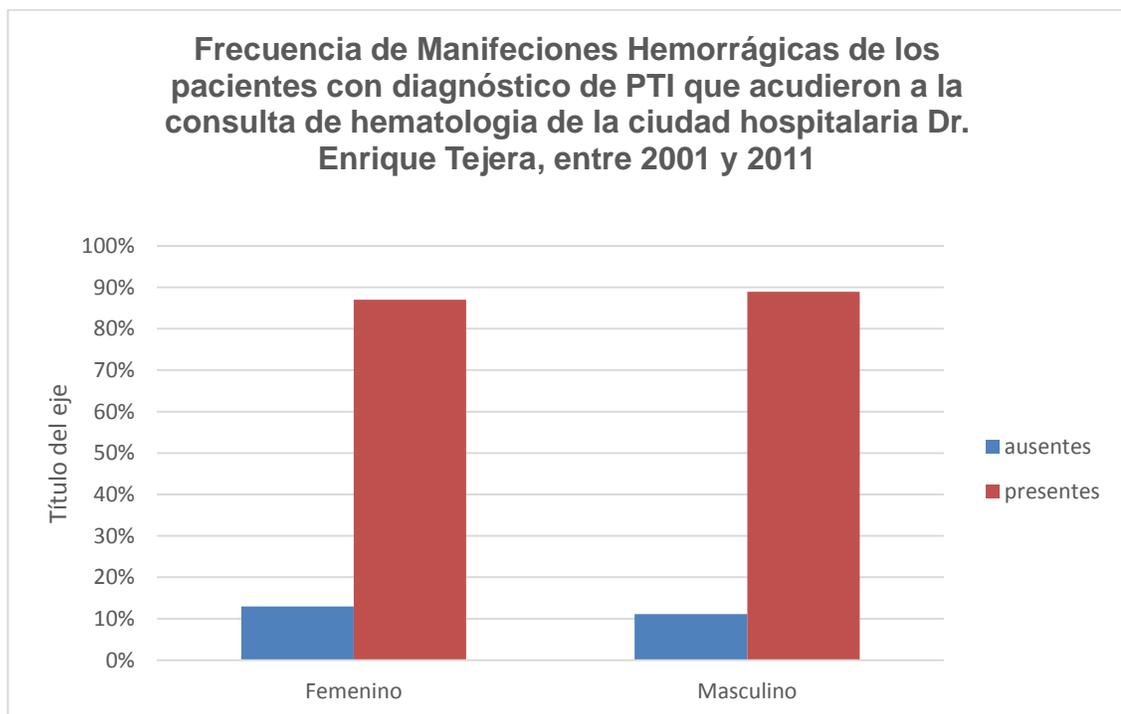
Fuente: Datos de la investigación

Tabla 2: Manifestaciones Hemorrágicas de los pacientes con diagnóstico de PTI que acudieron a la consulta de hematología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, entre los años 2001 y 2011.

Manifestaciones Hemorrágicas	Femenino (n 92)	Masculino (36)	Total (n 128)
Ausentes	13% (12)	11,1% (4)	12,5% (16)
Presentes	87% (80)	88,9% (32)	87,5% (112)
Petequias	43,5% (40)	27,7% (10)	39% (50)
Equimosis	34,8% (32)	33,3% (12)	34,3% (44)
Sangrado Genital	17,4% (16)	0% (0)	12,5% (16)
Epistaxis	10,9% (10)	16,7% (6)	12,5% (16)
Gingivorragia	8,8% (8)	5,6% (2)	7,8% (10)
Hematomas	4,4% (4)	11,1% (4)	6,3% (8)

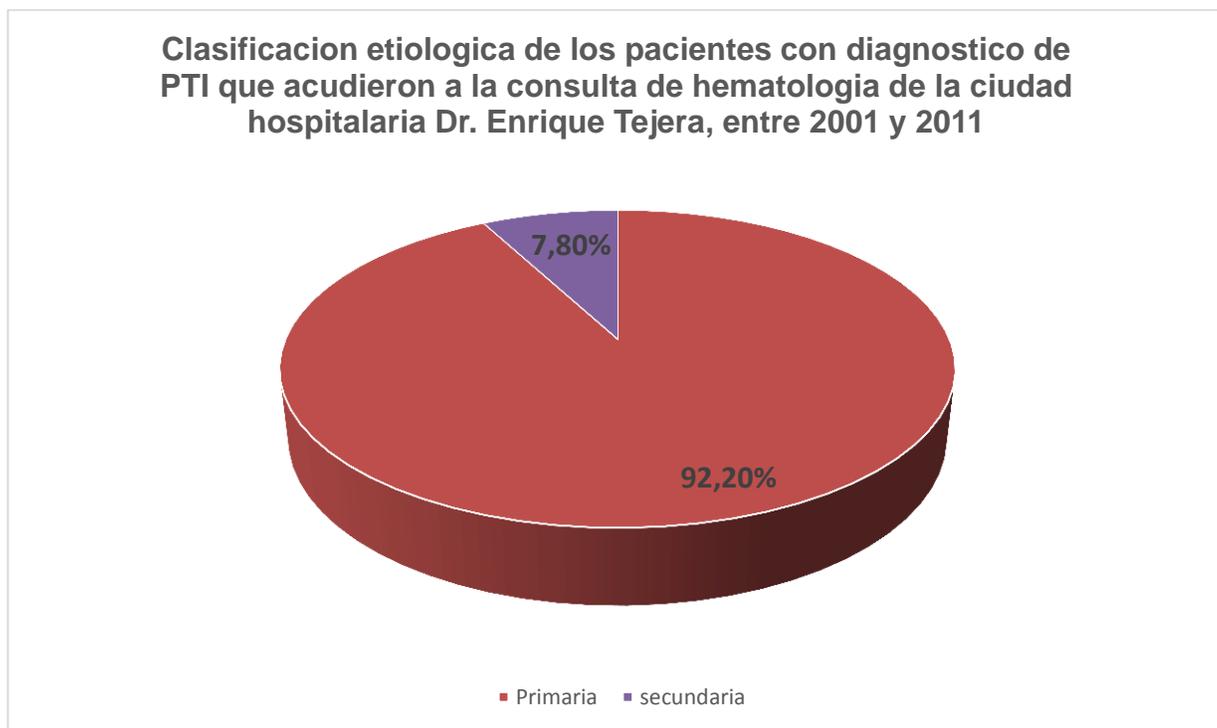
Fuente: Datos de la investigación

**Gráfico 2:** Frecuencia de Manifestaciones Hemorrágicas de los pacientes con diagnóstico de PTI que acudieron a la consulta de hematología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, entre los años 2001 y 2011.



Fuente: Datos de la investigación

**Gráfico 3:** Clasificación etiológica de los pacientes con diagnóstico de PTI que acudieron a la consulta de hematología de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera, entre los años 2001 y 2011.



Fuente: Datos de la investigación

Tabla 3: Causas de PTI secundarias de los pacientes con diagnóstico de PTI que acudieron a la consulta de hematología de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera, entre los años 2001 y 2011.

PTI	Femenino (n 92)	Masculino (36)	Total (n 128)
Primaria	93,4% (86)	88,8% (32)	92,2% (118)
Secundaria	6,6% (6)	11,2% (4)	7,8% (10)
Sx Evans	4,4% (4)	5,6% (2)	4,7% (6)
Sec a LES	2,2% (2)	0% (0)	1,6% (2)
Sec a DHS	0% (0)	5,6% (2)	1,6% (2)

Fuente: Datos de la investigación

