

CASO CLÍNICO

Infección por *H. pylori* asociada a trombocitopenia idiopática, reporte de caso y revisión de la literatura

María del Carmen Manzano-Robleda,* Liz Nicole Toapanta-Yancapaxi,*
Miguel Motola-Kuba,* Nancy Aguilar,* Roberto De La Peña,** Javier Lizardi-Cervera***

RESUMEN

Varios estudios afirman la correlación entre la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) y las alteraciones hematológicas; por ello, la bacteria debe buscarse intencionadamente y ser erradicada en pacientes con alteraciones hematológicas. En pacientes que no respondieron a esteroides o a Danazol para el tratamiento de púrpura trombocitopenica idiopática (PTI), la combinación del tratamiento de erradicación contra *H. pylori* y del tratamiento inmunosupresor, indujo mayores respuestas que la erradicación de la bacteria aislada. En pacientes con PTI se ha observado una respuesta plaquetaria de hasta 50% después de la erradicación de *H. pylori*. Por lo anterior, se ha recomendado la búsqueda de *H. pylori* en pacientes con PTI. Se pueden observar diferentes respuestas plaquetarias dependiendo de la cepa de *H. pylori* infectante y la región.

Palabras clave. Trombocitopenia. Infección por *H. pylori*.

ABSTRACT

There are several reports that support the association of *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) infection and hematologic disorders, including idiopathic thrombocitopenic purpura (ITP). For these reason, the bacteria should be investigated and treated in patients with some of these disorders without any other explanation, for example, in patients with ITP and no improvement with corticosteroid and Danazol therapy, the additional eradication of *H. pylori* with immunosuppressive therapy improves the outcome than eradication therapy alone. In ITP patients, it has been reported an improvement of 50% in the platelet count after *H. pylori* eradication. Accordingly to this, it is recommended to diagnostic testing for *H. pylori* in ITP patients. Different platelet count outcomes have been reported depending on bacteria strain.

Key words. *H. pylori* infection. Thrombocytopenia.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con varios estudios,²⁻⁴ existen diferentes asociaciones entre infección por *H. pylori* y alteraciones hematológicas, entre ellas: anemia por deficiencia de hierro, púrpura trombocitopenica idiopática (PTI) y de vitamina B12.³ Por lo tanto, en pacientes con estas alteraciones hematológicas se debe buscar la bacteria y erradicarla (Evidencia 1a, A).¹ En pacientes no-respondedores a esteroides o a Danazol, la combinación del tratamiento de erradicación contra *H. pylori* más un tratamiento inmunosupresor, promueve un mejor pronóstico en comparación con la erradicación de la bacteria aislada.²

En pacientes con PTI se ha observado una respuesta plaquetaria hasta en 50% de los pacientes, posterior a la erradicación de *H. pylori*.³ Por lo anterior, se ha recomendado la búsqueda de *H. pylori* en pacientes con PTI.⁴⁻⁶ Se pueden observar diferentes respuestas plaquetarias dependiendo de la cepa de *H. pylori* infectante y la región.⁶

CASO CLÍNICO

Hombre de 32 años con carga genética para diabetes mellitus tipo 2 y cáncer de mama. Originario y residente de Monterrey, Nuevo León. Médico psiquiatra. Sedentario. Tabaquismo, consumo de alcohol,

* Clínica de Enfermedades Digestivas y Obesidad, Fundación Clínica Médica Sur.

** Centro Oncológico, *** Gastroenterología, Hospital Médica Sur.

Correspondencia:

María del Carmen Manzano-Robleda

Residente de primer año, Clínica de Gastroenterología, Fundación Clínica Médica Sur. Dulce Olivia, Núm. 27, Santa Catarina Coyoacán, C.P. 04010. Tel.: 55 1295-3666. Correo electrónico: macmanzano@gmail.com

Tabla 1. Estudios de laboratorio y de gabinete del paciente durante su estancia hospitalaria.

	20/08/2011	21/08/2011	22/08/2011	23/08/2011	24/08/2011	25/08/2011	26/08/2011	27/08/2011	28/08/2011	29/08/2011	30/08/2011	31/08/2011
Hb (d/dL)	14	13.3	11.6	11.2	9.8	9.4	8.6	8.7	9.1	9.2	8.6	-
Hto (%)	41.7	38.4	32.9	32.1	28.5	27.2	25.9	25.9	-	-	-	-
HCM (pg)	90.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ADE (%)	30.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plt x 10 ³ /mcl	1	2	1	2	1	3	4	3	2	14	121	249
Leu x 10 ³ /mcl	6.5	7.1	9.7	10.2	22.2	18.3	19.7	15.9	12.3	16.6	18.4	-
Neu A x 10 ³ /mcl	2.8	5.7	-	8.1	15.5	14.6	15.8	12.7	-	8.5	-	-
VSG (seg)	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alb g/dL	4.1	-	3.5	-	-	3.2	-	-	2.7	-	-	-
Bil T mg/dL	0.94	-	0.65	-	-	0.11	-	-	-	-	-	-
DHL U/L	345	-	273	-	-	308	-	-	-	-	-	-
Retis (%)	-	-	-	-	-	-	-	15.70%	-	-	-	-
Dengue	IgG (-) (0.85) AC IgG 0.02 IgM(+) (1.06)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMO	-	40% celularidad, tres series hematopoyéticas distribución normal, < 1% blastos, leve hiperplasia mieloide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plasmodium	-	Negativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urocultivo	-	Negativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coombs directo	-	-	-	-	-	-	Ani IgG (-)	-	-	-	-	-
ELISA VIH	-	-	-	Negativo	-	-	-	-	-	-	-	-
P. aliento <i>H. pylori</i>	-	-	-	-	Positiva	-	-	-	-	-	-	-
Virus Epstein Barr	-	-	IgG capsular (+) (1755) IgG nuclear (+) (1583) IgM (-)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Exudado faríngeo	-	-	No se observó SBH	-	-	-	-	-	-	-	-	-
USG abdominal completo	-	Sin alteraciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TC toracoabdominal	-	-	-	Atelectasias bibasales, pequeños ganglios inguinales, hígado, bazo y páncreas normales	-	-	-	-	-	-	-	-

VIH: virus inmunodeficiencia humana. USG: ultrasonido. TC: tomografía computada. Ig: inmunoglobulina. Hemoglobina (d/dL). Hematocrito (%). Hemoglobina corpuscular media (pg). Ancho de distribución eritrocitaria (%). Plaquetas x 10³/mcl. Leucocitos x 10³/mcl. neutrófilos absolutos x 10³/mcl. Velocidad de sedimentación globular (seg). Albumina g/dL. Bilirrubinas totales mg/dL. Deshidrogenasa láctica U/L. Reticulocitos (%). Dengue. Aspirado médula ósea. Plasmodium. Urocultivo. Coombs directo. ELISA VIH.P. aliento *H. pylori*. virus Epstein Barr. Exudado faríngeo. USG abdominal completo. TC toracoabdominal.

toxicomanías interrogadas y negadas. No refirió viajes recientes. COMBE positivo. Grupo O Rh positivo. Varicela en la infancia. Antecedente de infección de vías aéreas altas una semana previa a su ingreso, caracterizada por odinofagia, tos productiva con expectoración verdosa y fiebre no cuantificada; recibió tratamiento con paracetamol (no especificó dosis), naproxeno (no especificó dosis) y ceftriaxona 500 mg cada 12 h durante tres días, con lo que presentó mejoría.

Inició padecimiento un día previo al ingreso con gingivorragia espontánea, la cual aumentó con el cepillado dental, motivo por el cual decidió suspender toda la medicación. El día del ingreso (20 de agosto 2011) notó la presencia de lesiones purpúricas petequiales de predominio en miembros pélvicos, equimosis en pantorrilla y en tórax anterior, secundario a la mordedura de una tercera persona (hija). Por tal motivo, acudió al servicio de urgencias de Médica Sur. A su llegada se encontró hemodinámicamente estable, en la lengua tenía dos lesiones petequiales sobre el tercio anterior de aproximadamente 3 mm, ligero sangrado sobre el tercer molar inferior derecho, el resto de las encías sin datos de gingivorragia, un hematoma en el hemitórax anterior derecho, el abdomen con equimosis en hipocondrio izquierdo, no se palpó hepato ni esplenomegalia. Se solicitaron estudios de laboratorio en los que destacaron: 1,000 unidades de plaquetas, y el resto de la biometría hemática sin alteraciones. Se decidió su ingreso para estudio y tratamiento. En la tabla 1 se presentan los estudios de laboratorio realizados durante la hospitalización y las intervenciones realizadas.

Al inicio recibió tratamiento con plaquetaféresis, metilprednisolona y rituximab sin elevación plaquetaria. Al quinto día de estancia se documentó *H. pylori* y se agregó un tratamiento de erradicación para la bacteria con amoxicilina/claritromicina, obteniéndose una elevación en la cuenta plaquetaria (Tabla 2).

DISCUSIÓN

En este paciente, indicar un tratamiento de erradicación para *H. pylori* a base de amoxicilina/claritromicina, posterior a una prueba de aliento positiva, a un tratamiento inmunosupresor a base de esteroide e inmunológico con rituximab para la trombocitopenia, se asoció con la elevación de la cuenta plaquetaria de 1,000 a 249,000 unidades en el octavo día de tratamiento.

En conclusión, en este paciente, como en lo reportado en la literatura, la cuenta plaquetaria mejoró al erradicar *H. pylori*.

Tabla 2: Intervenciones realizadas durante la estancia hospitalaria y evolución de valores en la biometría hemática.

ABREVIATURAS

- *H. pylori*: *Helicobacter pylori*.
- PTI: púrpura trombocitopénica idiopática.
- COMBE: clasificación de personas expuestas o infec-tadas con *M. tuberculosis*.

REFERENCIAS

1. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon ATR, Bazzoli F, Gensini GF, et al. The European Helicobacter Study Group (EHSG). Management of Helicobacter pylori infection and the Maastricht IV/Florence Consensus Report. *Gut* 2012; 61: 646-64.
2. Pellicano R, Franceschi F, Saracco G, Fagoonee S, Roccarina D, Gasbarrini A. Helicobacters and Extragastric Diseases. Journal compilation 2009. Blackwell Publishing Ltd, *Helicobacter* 14 (Suppl. 1): 58-68.
3. Stasi R, Sarpatwari A, Segal JB, Osborn J, Evangelista ML, Cooper N, et al. Effects of eradication of *Helicobacter pylori* infection inpatients with immune thrombocytopenic purpura. A systematic review. *Blood* 2009; 113: 1231-40.
4. Arnold DM, Bernotas A, Nazi I, Stasi R, Kuwana M, Liu Y, John G, et al. Platelet count response to *H. pylori* treatment in patients with immune thrombocytopenic purpura with and without *H. pylori* infection: a systematic review. *Haematologica* 2009; 94(6).
5. Fujimura K, Kuwana M, Kurata Y, Imamura M, Harada H, Sakamaki H, et al. Is eradication therapy useful as the first line of treatment in *Helicobacter pylori*-positive idiopathic thrombocytopenic purpura? Analysis of 207 eradicated chronic ITP cases in Japan. *Int J Hematol* 2005; 81: 162-8.
6. Emilia G, Luppi M, Zucchini P, Morselli M, Potenza L, Forghieri F, et al. *Helicobacter pylori* infection and chronic immune thrombocytopenic purpura: longterm results of bacterium eradication and association with bacterium virulence profiles. *Blood* 2007; 110: 3833-41.