

¿Cuándo transfundir profilácticamente plaquetas en pacientes trombocitopénicos con dengue?

Dr. Marcos D. Iraola Ferrer*

La trombocitopenia es un hallazgo frecuente en pacientes con dengue, surgiendo en la práctica asistencial la pregunta ¿cuándo transfundir profilácticamente plaquetas? Varios estudios han intentado responder a esta pregunta. Uno de ellos, aparecido en 2009 en la revista *Clinical Infections Diseases*, incluyó a 1.973 pacientes con dengue⁽¹⁾. Fueron incluidos los pacientes que cumplían los criterios de la Organización Mundial de la Salud para dengue (fiebre y dos o más de los siguientes síntomas: cefalea, dolor ocular, mialgia, artralgia, leucopenia, *rash* y hemorragia). Todos los casos fueron clasificados como fiebre por dengue, fiebre hemorrágica por dengue (los cuatro criterios presentes: fiebre, trombocitopenia [conteo de plaquetas $<100 \times 10^3$ plaquetas/ μl], manifestaciones hemorrágicas y fuga de plasma) o síndrome de shock por dengue. Se definió como trombocitopenia severa cuando el conteo de plaquetas fue de $<20 \times 10^3$ plaquetas/ μl , mientras que transfusión profiláctica de plaquetas (TPP) a la transfusión de plaquetas sin hemorragia clínica y transfusión terapéutica cuando existía hemorragia clínica. De los 1.973 pacientes, fueron clasificados como fiebre por dengue 1.855, fiebre hemorrágica por dengue 118 y síndrome de shock por dengue 10. La incidencia de hemorragia en relación con el conteo de plaquetas fue de 6% con >150 , 12% entre 100-149, 11% entre 80-99, 10% entre 50-79, 11% entre 20-49, 13% entre 10-19 y 0% con <10 . En el momento de la presentación 220 pacientes presentaban hemorragia clínica (85% hemorragia gingival, 16% epistaxis, 5% hemorragia mens-

trual, 1% hemorragia gastrointestinal). Un total de 256 pacientes tuvieron un conteo de plaquetas $<20 \times 10^3$ plaquetas/ μl , de estos, 188 recibieron TPP presentando hemorragia clínica 1 (0,5%) y 68 no recibieron TPP, presentando hemorragia clínica 2 (2,9%). La TPP no produjo mejoras relevantes en mediciones como hemorragia clínica, incremento de plaquetas y recuperación de plaquetas. Un artículo de revisión aparecido en *Annals Academy of Medicine Singapore* donde se pregunta ¿Podemos abandonar la TPP en el dengue?, evaluó los datos clínicos publicados sobre la TPP según umbral de transfusión en pacientes con dengue y sin dengue, analizando críticamente los riesgos y beneficios de la TPP⁽²⁾. Comentan que ensayos clínicos aleatorios sugieren que una disminución en el conteo de plaquetas de hasta 10×10^3 plaquetas/ μl pueden tolerarse sin necesidad de TPP en ausencia de hemorragias mayores (cualquier hemorragia, más hemorragia petequial, en mucosa o retina). El British Committee for Standards in Hematology en su más reciente guía sobre la transfusión de plaquetas afirma que un umbral de 10×10^3 plaquetas/ μl es tan seguro como niveles más altos para pacientes sin factores de riesgos adicionales para hemorragias (grado A, nivel de evidencia Ib). La TPP en pacientes con dengue puede ser diferida con seguridad para los conteos de plaquetas tan bajos como 5×10^3 plaquetas/ μl en ausencia de hemorragia o factores de riesgos adicionales tales como fiebre alta prolongada, sepsis, compromiso vascular, alteraciones anatómicas, coagulopatía, inestabilidad hemodinámica sin corregir,

* Médico Especialista en Medicina Interna y Medicina Intensiva. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba.

Correspondencia: Stella Maris, Manzana 65, Solar 5, entre de los Pescadores y de la Playa. Parque Solymar. Canelones, Uruguay. Correo electrónico: marcosiraolaferrer@gmail.com

dengue hemorrágico y dengue grave. La TPP en pacientes con dengue estable sin otros factores de riesgos de hemorragia puede evitarse sin comprometer la seguridad del paciente. Más importante aun, la TPP, viéndola como una intervención sin evidencia clínica disponible, confiere mayor riesgo por los posibles eventos adversos (aloinmunización, refractariedad plaquetaria, reacciones alérgicas, transmisión de infecciones bacterianas y virales, lesión pulmonar aguda y hemólisis). Por otra parte, los costos de salud significativos (directos e indirectos), así como el uso innecesario de una transfusión se pueden evitar adhiriéndose a una estricta política de transfusión de plaquetas mejorando la seguridad del paciente y los resultados. Intentar aumentar el conteo de plaquetas mediante transfusión en ausencia de hemorragia gra-

ve no ha conferido protección. Por el contrario, el reconocimiento temprano del dengue, especialmente de las formas graves y la corrección de parámetros hemodinámicos sigue siendo la piedra angular para evitar la hemorragia y asegurar buenos resultados clínicos.

Bibliografía

1. **Lye DC, Lee VJ, Sun Y, Leo YS.** Lack of efficacy of prophylactic platelet transfusion for severe thrombocytopenia in adults with acute uncomplicated dengue infection. *Clin Infect Dis* 2009; 48(9):1262-5.
2. **Kurukularatne C, Diamatatac F, Teo DL, Lye DC, Leo YS.** When less is more: can we abandon prophylactic platelet transfusion in dengue fever? *Ann Acad Med Singapore* 2011; 40(12): 539-45.