

TROMBOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL Y HEMODIÁLISIS

A. Chinae, A. Valles, F. Liaño^a, M.A. Rodríguez^b, A. Candela^c, A.G. Avello, M.T. Tenorio^a y J.M. Cesar.

S de Hematología, S de Nefrología^a, Centro Regional de Transfusión de la CAM^b, S de Anestesia^c. Hospital "Ramón y Cajal". Madrid.

Objetivo: La trombopenia inducida por heparina (TIH) es una entidad de difícil diagnóstico que precisa de tratamiento con hirudina. Dado que la droga se excreta vía renal, la IRC severa, sobre todo cuando precisa hemodialisis, complica especialmente el manejo del fármaco y no existe mucha literatura que pueda consultarse para su control. Describimos los problemas de manejo en un paciente con (TIH) asociada a insuficiencia renal (IR) en hemodiálisis.

Paciente y métodos: Varón de 72 años sometido a bypass coronario. Ese mismo día hipotensión que requiere colocación de un balón de contrapulsación aórtica y administración de heparina no fraccionada (HNF). En el postoperatorio comienza con síndrome febril que se complica con bajo gasto cardíaco, oliguria e insuficiencia renal que requiere hemodiálisis. El día +7 se observa isquemia del primer dedo del pie derecho y trombosis de los circuitos del equipo de hemodiálisis. El recuento plaquetario era de 42.000 por mm³, habiendo partido de un basal de 210.000 por mm³. Se administra proteína C activada y se añade a los circuitos de diálisis prostaciclina sin que se evite la trombosis. El día +8, el recuento plaquetario es de 24.000 por mm³, el paciente tiene cianosis en los dedos de ambos pies con pulsos pedios conservados y se sospecha el diagnóstico de TIH.

Resultados: El ecodopler detecta una trombosis femoral bilateral. Se suspende la heparina, se realiza la determinación de anticuerpos antiplaquetarios inducidos por heparina con resultado de alta positividad por ELISA (2,8 con corte en 0,4 y control positivo 2,6) y agregación plaquetaria. Se administra hirudina a dosis bajas (0,1 mg/kp) lo que eleva el TTPa de 36" a 72". Se inicia la hemodiálisis (HD) 4 h después siendo el TTPa de 52" (control 30"). Durante la HD que dura 4 h, se monitoriza cada hora el TTPa que se mantuvo entre 51"-49". A las 16 h del bolo, el TTPa es de 46", administrándose un nuevo bolo de hirudina de 0,04 mg/kp, elevándose el TTPa a 66". El paciente empieza a orinar a ritmo 150 ml/h y a las 12 h del segundo bolo el TTPa es de 46". Se administra un tercer bolo de hirudina (0,02 mg/kp) y una infusión continua de 0,005 mg/kp/h. A las 24 h de la suspensión de heparina las plaquetas se incrementan a 91.700 por mm³, a las 48 h 76.800 por mm³, y al cuarto día a 171.000 por mm³. Al sexto día, el recuento plaquetario es de 242.000 por mm³, la creatinina de 3,2 mg/dl, el TTPa de 62" sin variar el ritmo de infusión.

Conclusiones: El manejo de hirudina en pacientes con IR requiere dosis muy inferiores a las recomendadas y puede no precisar infusión continua, después del bolo inicial, durante varias horas y a pesar de la hemodiálisis. Se necesita además una monitorización intensa, especialmente cuando la situación de anuria se resuelve.