

NECROSIS DEL ANTEPIÉ SECUNDARIA A TROMBOCITEMIA REACTIVA TRAS CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA: UN CASO EXCEPCIONAL

Solans Lopez C, Cuervas-Mons M, García Ruano A, Martínez Olaizola P, Vaquero Martín J

INTRODUCCIÓN

El aumento de plaquetas puede ser de origen clonal (síndrome mieloproliferativo crónico denominado trombocitemia esencial) o bien de origen reactivo (secundaria a un proceso inflamatorio tal como daño tisular abundante tras una cirugía). Los síntomas fundamentales son producto de fenómenos tromboembólicos y microvasculares producidos por el aumento de las plaquetas, pero en la mayoría de los pacientes se detecta la trombocitosis de manera fortuita, en exámenes de rutina, ya que en raras ocasiones produce alteraciones clínicamente relevantes.

Presentamos un caso de trombocitosis reactiva tras cirugía mínimamente invasiva del pie con necrosis del antepié.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 72 años diagnosticada de hallux valgus y metatarsalgia. La paciente no presenta alergias medicamentosas ni antecedentes personales médico-quirúrgicos de interés. Tras 12 meses de tratamiento ortopodológico la paciente continua con dolor, y se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza estudio preoperatorio completo, siendo clasificada como ASA II. Como hallazgo casual se detecta un recuento de plaquetas de 560.000/ μ l, recomendando a la paciente control por parte de su médico de atención primaria.

Se realiza intervención quirúrgica mínimamente invasiva (exostosectomía M1 + Akin + DMMO en M2-M3) sin incidencias según la hoja de intervención. La paciente refiere que en la primera semana postquirúrgica aparecen lesiones cutáneas en el antepié, realizándose curas periódicas, hasta la tercera semana postquirúrgica cuando la paciente acude a la urgencia de nuestro centro por mal control analgésico.

A su llegada la paciente presenta necrosis completa del primer dedo, placa necrótica en cara lateral del pie, eritema flemonoso dorsal y plantar del antepié, y signos de congestión venosa en la región talar (Figura 1).



Figura 1. Necrosis del antepié y eritema flemonoso.

RESULTADOS

Se procede ingreso hospitalario y colocación de catéter epidural para control analgésico. En la analítica al ingreso se observa un recuento de plaquetas $>1.000.000/\mu$ l.

La paciente es diagnosticada de trombocitosis reactiva y se realiza tratamiento multidisciplinar con Hematología, Cirugía Vascul Periférica, Cirugía Plástica y Traumatología. Tras iniciar tratamiento con AAS 100mg c/24h + Hidroxiurea 500mg c/24h se produce una mejoría clínica y analítica, delimitándose la zona necrótica al primer dedo, cara lateral del antepie y región plantar de metatarsianos centrales (Figura 2).

Como tratamiento definitivo se procede a una amputación transmetatarsiana y colgajo de avance cutáneo. Durante el postoperatorio no presentó ninguna complicación, con buena evolución cutánea (Figura 3) y analítica. Actualmente se mantiene el tratamiento con Hidroxiurea y tiene un recuento de plaquetas en el rango de la normalidad.



Figura 2. Zona necrótica delimitada.



Figura 3. 8 semanas post cirugía.

CONCLUSIÓN

De forma general una trombocitemia leve se considera un hallazgo casual, y no contraindica el tratamiento quirúrgico. Menos del 4% de casos de trombocitosis reactivas presentan síntomas, y hasta la fecha no existe ningún fenómeno vaso-oclusivo descrito que haya requerido amputación. El uso de AAS a dosis 100 mg, suprime de forma efectiva la producción de Tromboxano A2, siendo muy eficaz a la hora de controlar los síntomas isquémicos. Además presenta un inicio de acción rápido (una hora) sin aumentar significativamente el riesgo de sangrado intraoperatorio, y no es necesaria su retirada en cirugías ortopédicas.

Tras la experiencia con esta paciente, proponemos que aquellos pacientes que presenten una trombocitosis leve en el estudio preoperatorio se podrían beneficiar de un tratamiento con AAS 100mg c/24h profiláctico hasta completar el estudio, dado el balance riesgo/beneficio.

