



Artículo Valorado Críticamente

El tratamiento precoz de la púrpura trombopénica idiopática no reduce la morbilidad y no parece tener impacto sobre la evolución a largo plazo de la misma

Leo Perdikidis Olivieri. EAP Los Fresnos. Torrejón de Ardoz. Área III. Madrid (España).

Correo electrónico: lperdikidis@gmail.com

Javier Gonzalez de Dios. Departamento de Pediatría. Hospital de Torrevieja. Universidad

Miguel Hernández. Alicante (España). Correo electrónico: jgonzalez@torrevieja-salud.com

Términos clave en inglés: idiopathic thrombocytopenic purpura; treatment; morbidity

Términos clave en español: púrpura trombocitopénica idiopática; tratamiento; morbilidad

Fecha de recepción: 8 de noviembre de 2007

Fecha de aceptación: 12 de noviembre de 2007

Fecha de publicación: 1 de diciembre de 2007

Evid Pediatr. 2007; 3: 98 doi: vol3/2007_numero_4/2007_vol3_numero4.11.htm

Cómo citar este artículo

Perdikidis Olivares L, Gonzalez de Dios J. El tratamiento precoz de la púrpura trombopénica idiopática no reduce la morbilidad y no parece tener impacto sobre la evolución a largo plazo de la misma. Evid Pediatr. 2007; 3: 98.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007_numero_4/2007_vol3_numero4.11.htm
EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-07. Todos los derechos reservados

El tratamiento precoz de la púrpura trombopénica idiopática no reduce la morbilidad y no parece tener impacto sobre la evolución a largo plazo de la misma

Leo Perdikidis Olivieri. EAP Los Fresnos. Torrejón de Ardoz. Área III. Madrid (España).

Correo electrónico: lperdikidis@gmail.com

Javier Gonzalez de Dios. Departamento de Pediatría. Hospital de Torreveja. Universidad Miguel Hernández. Alicante (España). Correo electrónico: jgonzalez@torreveja-salud.com

Referencia bibliográfica: Treutiger I, Rajantie J, Zeller B, Henter JI, Göran E, Rosthoj S, for the NOPHO ITP Study Group. Does treatment of newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura reduce morbidity? Arch Dis Child. 2007;92:704-7

Resumen estructurado:

Objetivo: investigar si el tratamiento precoz de la púrpura trombopénica idiopática (PTI) con inmunoglobulinas (Igs) y/o corticoides (Cs) reduce la morbilidad posterior.

Diseño: estudio descriptivo prospectivo durante un período de tres años (1998-2000).

Emplazamiento: hospitalario (98 centros de cinco países nórdicos).

Población de estudio: trescientos ochenta y tres casos de PTI con una cifra de plaquetas < 20.000/ml (sobre un total de 506 casos de PTI), 232 de los cuales recibieron tratamiento precoz (en los primeros 14 días tras el diagnóstico) con Igs y/o Cs.

Intervención: tratamiento con Igs (dos infusiones de 1 g/Kg o una infusión de 0,8 g/Kg en la mayoría de los casos) y/o Cs (1-2 mg/kg prednisona en la mayoría de los casos). Los centros participantes se dividieron en tres grupos en relación con si habían tratado a más de 2/3 (GH = 139 de 156), de 1/3 a 2/3 (GI = 81 de 143), o menos de 1/3 de niños (GL = 12 de 84) dentro de los primeros 14 días después del diagnóstico de PTI.

Medición del resultado: se comparó el curso de la enfermedad desde los 15 días posteriores al inicio de los seis meses posteriores después del diagnóstico para los niños en las tres categorías. Se valoró la duración del período de riesgo (desde el diagnóstico hasta que la cifra de plaquetas fue > 20.000/ml), duración de la trombopenia (desde el diagnóstico hasta que la cifra de plaquetas fue > 150.000/ml), el número de eventos adversos (episodios hemorrágicos, caída en el número de plaquetas) y el número de intervenciones (hospitalización, ciclos de tratamiento, examen de médula ósea).

Resultados principales: las características de la enfermedad eran similares en los tres grupos (GH, GI, GL), en los que se trató precozmente el 89%, 57% y 14% de los niños, respectivamente en cada grupo. A los 14 días desapareció el período de riesgo en el 67%, 67% y 52% de los niños ($p < 0,05$) y la trombopenia se normalizó en el 38%, 29% y 29% ($p < 0,20$). La duración del período de riesgo fue de 10, 12 y 14 días y la duración de la trombopenia de 30, 35 y 34 días, respectivamente para cada grupo. No hubo diferencias en la evolución al mes y seis meses, desarrollándose PTI crónica en el 27%, 22% y 25%, respectivamente. No hubo diferencias en los tres grupos en el porcentaje de eventos adversos (23%, 22% y

19%) y de intervenciones (22%, 20% y 19%). Sin embargo, el número de intervenciones fue superior en el GH (153 en 35 niños, media = 4,4) que el GI (71 en 28 niños, media = 2,5) y el GL (30 en 16 niños, media = 1,9).

Conclusión: el tratamiento precoz de la PTI acelera la recuperación del número de plaquetas a corto plazo, pero no afecta la evolución hacia PTI crónica ni causa una disminución en la morbilidad durante el seguimiento.

Conflicto de intereses: no existen.

Fuente de financiación: no consta.

Comentario crítico:

Justificación: la PTI es la causa más frecuente de trombocitopenia en la infancia. Actualmente su manejo se basa más en la opinión y en las prácticas locales que en la evidencia. A pesar del esfuerzo de haber desarrollado guías de práctica clínica (muy numerosas y en distintos países), sigue siendo difícil encontrar consenso entre los propios expertos acerca de algunas cuestiones y persisten las controversias: una de ellas es la división que persiste entre los favorables a la intervención (con el objetivo de eliminar cualquier riesgo de hemorragia vital) y los favorables a la observación (con el objetivo de evitar tratamientos innecesarios). En este sentido se encuentra este estudio del NOPHO ITP Study Group, un grupo nórdico con amplia experiencia en el estudio de la PTI^{1,2}, al realizar el primer trabajo sobre los resultados de las diferentes estrategias respecto al tratamiento precoz.

Validez o rigor científico: los propios autores reconocen que los hallazgos deben de interpretarse con prudencia ya que el análisis de los datos no es el resultado de unos criterios de tratamiento bien definidos antes del estudio, sino que se basa en una clasificación arbitraria de los centros basándose en las tasas observadas de tratamiento. Asimismo, el seguimiento es incompleto, los datos aportados por distintos centros pueden ser de calidad variable y no se hizo uso de un sistema de graduación que hiciese una descripción uniforme de los síntomas de sangrado. Finalmente, las variables principales del estudio no incluyen los importantes resultados sobre hemorragias graves y mortalidad. Aunque el diseño del estudio definió tres grupos de niños con enfermedad de gravedad similar, una comparación simple entre niños tratados y no tratados en todos los centros habría dado grupos no similares.

Interés o pertinencia clínica: el tratamiento precoz puede reducir la duración de la trombopenia tan solo para los niños con PTI de menos de un mes de duración (un grupo con muy bajo riesgo de complicaciones relacionadas con la enfermedad), pero no influye sobre el desarrollo de eventos adversos y/o la evolución de la trombopenia a largo plazo. Por el contrario, en los centros con altas tasas de tratamiento precoz se constata mayor número de intervenciones, no todas necesarias ni exentas de complicaciones, lo que hay que tener en cuenta en la PTI, una entidad que generalmente tiene un curso autolimitado y de buen pronóstico. La actitud de “observar y esperar” ha demostrado ser segura en el manejo de la PTI³.

Aplicabilidad en la práctica clínica: las limitaciones del diseño del estudio y la escasa importancia clínica de los resultados, no permiten extraer conclusiones acerca de la mejor estrategia sobre el momento de iniciar el tratamiento en la PTI. Conviene plantear un ensayo clínico controlado y aleatorizado y que contribuya a la elaboración de guías sobre PTI basadas en la evidencia. Se insiste en la importancia de tratar los casos clínicos de PTI y no la cifra de plaquetas (que es un pobre predictor de sangrado en estos pacientes) y se han propuesto escalas de gravedad de sangrado (verdadera variable clínica de interés)⁴.

Bibliografía:

- 1.- Treutiger I, Rajantie J, Zeller B, Elinder G, Rosthøj S, NOPHO ITP Working Group. Initial management of children with newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura in the Nordic countries. *Acta Paediatr.* 2006;95:726-31.
- 2.- Zeller B, Rajantie J, Hedlund-Treutiger I, Tedgård U, Wesenberg F, Jonsson OG, Henter JI; NOPHO ITP. Childhood idiopathic thrombocytopenic purpura in the Nordic countries: epidemiology and predictors of chronic disease. *Acta Paediatr.* 2005;94:178-84.
- 3.- Dickerhoff R, von Ruecker A. The clinical course of immune thrombocytopenic purpura in children who did not receive intravenous immunoglobulins or sustained prednisone treatment. *J Pediatr.* 2000;137:629-32.
- 4.- Buchanan GR, Adix L. Grading of hemorrhage in children with idiopathic thrombocytopenic purpura. *J Pediatr.* 2002;141:683-8.