

# Administración local de plaquetas para el sangrado de mucosas en pacientes sometidos a trasplante hematopoyético

María Cecilia Foncuberta, Marcelo Zylberman, Ricardo Niborski,  
Abraham Kohan, Miguel Dictar, Julio César Sánchez Avalos y  
Gustavo Kusminsky



COMUNICACION  
BREVE

HEMATOLOGIA, Vol. 1 N° 1: 27-28  
Enero - Abril, 1997

Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Instituto Médico Alexander Fleming

## INTRODUCCION

Las complicaciones hemorrágicas constituyen un problema frecuente en los pacientes que reciben trasplante hematopoyético autólogo o alogénico. La mayoría de estos pacientes presenta sangrado asociado a la trombocitopenia del período post-trasplante inmediato, aunque una proporción menor puede desarrollar déficit de factores de la coagulación, coagulopatía por consumo o causas locales de sangrado. Estos eventos favorecen la aparición de hemorragia digestiva evidente entre un 5% y un 15% de los pacientes sometidos a trasplante de médula ósea<sup>1</sup>. No existe en la actualidad consenso unánime sobre cuál es el número mínimo de plaquetas circulantes que justifique el inicio de transfusiones profilácticas de concentrados de plaquetas<sup>2</sup>. Pese a esta controversia y a programas racionales de transfusiones de plaquetas, un número considerable de pacientes con estudios de coagulación normales presentará hemorragias por ser refractario a las transfusiones, persistir con lesiones locales que favorecen el sangrado, o ambas situaciones coexistiendo simultáneamente. Las hemorragias de mucosas, en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea, pueden constituir una complicación de difícil manejo, debido a los procesos antes mencionados. Existen comunicaciones previas de administración local de plaquetas en pacientes trombocitopénicos para el tratamiento de hemorragias en mucosas<sup>3</sup>. Presentamos la experiencia de nuestro grupo utilizando plaquetas locales por sangrado de mucosas en pacientes sometidos a trasplante hematopoyético.

## MATERIAL Y METODOS

Se evaluaron retrospectivamente los trasplantes de médula ósea realizados entre junio de 1994 y octubre de 1996. En ese período se realizaron 135 trasplantes autólogos y 24 trasplantes alogénicos. En 15 pacientes se detectaron episodios hemorrágicos, de ellos 6 correspondieron a sangrado en órganos internos: 1 hemorragia subaracnoidea, 3 hemorragias digestivas y 2 hemorragias alveolares. En 9 pacientes se objetivó sangrado mucoso que no respondió al soporte transfusional con concentrados plaquetarios o, en el caso de los pacientes con epistaxis, falta de respuesta al taponamiento anterior y a las transfusiones. Dos pacientes presentaron mucositis severa y hemorragia en napa de fauces. Los diagnósticos de estos pacientes eran tumores sólidos en dos casos y neoplasias hematológicas en siete. Los regímenes de condicionamiento fueron radioterapia corporal total (TBI) ciclofosfamida en 5 pacientes y regímenes basados en quimioterapia en 4 de ellos. La media de edad de estos pacientes fue de 27,3 años<sup>14-39</sup>.

La administración local de plaquetas se realizó de la siguiente forma: se utilizaron los productos de féresis de donante único destinados a las transfusiones de plaquetas para ese paciente. Se realizaron los controles serológicos de rutina y las plaquetas fueron irradiadas con 2.500 rads. El rendimiento estimado fue de  $1 \times 10^{11}$  plaquetas en 50 ml de plasma. Se cargó una jeringa de 10 ml con el concentrado plaquetario, previo a la transfusión. Los pacientes que presentaban epistaxis recibieron una instilación de 3 ml en la nariz sangrante y se colocó spongostan embe-

bido en la solución de plaquetas. Los pacientes que presentaron sangrado orofacial realizaron buches con la solución de plaquetas diluida en un 50% en solución fisiológica. Este tratamiento local se reinició en caso de reaparición de sangrado.

## RESULTADOS

La hemorragia mucosa pudo ser controlada en 8 casos sobre 9 pacientes que presentaron sangrado pese a las transfusiones de plaquetas, y a quienes se había colocado taponamiento nasal anterior en el caso de epistaxis severa. Un paciente con severa epistaxis no controló su hemorragia con la aplicación local de plaquetas y requirió el examen otorrinolaringológico. El procedimiento comprobó la hemorragia a nivel del área vascular de Kiesselbach, y la hemorragia se controló con la cauterización de dicha zona. En los pacientes que presentaron hemorragias digestivas o hemorragia en el sistema nervioso central, este procedimiento no fue empleado.

## DISCUSION

Las hemorragias mucosas pueden constituir una situación de difícil manejo durante el curso de un trasplante hematopoyético. Si bien raramente amenazan la vida del paciente, configuran una situación que produce discomfort al paciente. En ciertas ocasiones,

las epistaxis masivas obligan a un vigoroso soporte transfusional y a la realización de maniobras invasivas.

La administración local de plaquetas ha sido descrita en pacientes trombocitopénicos por quimioterapia convencional<sup>3</sup>. Este procedimiento no se ha empleado en pacientes sometidos a trasplante hematopoyético. En nuestra experiencia, la acción local de las plaquetas en el lecho sangrante permitió un control efectivo de la hemorragia en 8 de nuestros 9 pacientes con sangrado mucoso, que previamente no habían respondido a transfusiones y taponamiento anterior.

El procedimiento de instilación local de plaquetas representa una técnica sencilla que, en un número apreciable de pacientes, puede contribuir a un mejor control de las complicaciones asociadas al trasplante de precursores hematopoyéticos, autólogo o alogénico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Shuhart, MC; McDonald, GB. Gastrointestinal and hepatic complications. En: Forman S, Blume K y Thomas DE, editores. **Bone Marrow Transplantation**, pp 454-481. Blackwell Scientific Publications, 1994.
2. Beutler, E. Platelet transfusions: The 20,000/uL trigger. **Blood** 81: 1411-1413; 1993.
3. Hastka J, Hehlmann. Local treatment of thrombocytopenic mucosal haemorrhage. **Lancet** 342: 55, 1993.