

COVID19 y PTI

Dr. Carlos Fondevila, Hematólogo. (Argentina)

La actual pandemia de coronavirus plantea singularidades en patología crónicas como la PTI. La experiencia de mejor manejo es poca. El virus apareció hace pocos meses. Las recomendaciones de los expertos se basan más en sentido común que en ensayos clínicos. Recientemente la Sociedad Argentina de Hematología ha publicado las recomendaciones de la subcomisión de Hemostasia y Trombosis para COVID19 y PTI. También se han reunido expertos de EEUU y Europa y sus conclusiones figuran en la web. A partir de dicho basamento, se han preparado las siguientes consideraciones dirigidas a pacientes con PTI y sus familias.

PTI secundaria a COVID19

Como toda enfermedad viral, existe una posibilidad de que el coronavirus produzca un episodio de PTI secundaria. Si bien hay algunas publicaciones, la incidencia parece muy baja y ante un paciente COVID19+ y pocas plaquetas deben pensarse en otras causas antes que PTI.

Si el paciente con PTI conocida se infectara con COVID19, existe el riesgo teórico de una recaída como con cualquier virosis. En el caso en que la plaquetopenia alcance valores de riesgo (ej., menos de 10-20 mil) o sangrado y sea necesario tratar, la gamaglobulina y los agonistas del RTPO (Eltrombopag, Romiplostim) parecen los tratamientos más seguros. Si el paciente ya estaba recibiendo un agonista, podrá incrementarse la dosis o agregarse un corticoide por pocos días (aunque desconocemos el impacto de un tratamiento corto con corticoides sobre el curso de la infección por COVID19). Como se mencionó, siempre se deberá tener presente que la causa de la caída de plaquetas sea otra que la ocurrencia o el agravamiento de la PTI.

PTI establecida en la era COVID19

Es lo más frecuente que encontraremos en la práctica cotidiana: el paciente con PTI reciente, persistente o crónica, medicado o no, y que vive en una ciudad en cuarentena y rodeado por el riesgo de COVID19. Tendremos diferentes escenarios:

1. Paciente Sin Tratamiento Actual: extremar cuidados de aislamiento social, lavado de manos, uso de barbijo en especial cuando sea inevitable el hacinamiento o habitar en ambientes pequeños y poco ventilados. Minimizar exposición del paciente y de los convivientes a personas de riesgo. Vacunación periódica si fue esplenectomizado (al menos gripe y neumococo; conveniente, además, haemofilus y meningococo). En pacientes generalmente estables, espaciar las visitas para el control de plaquetas. Los ancianos, los pacientes que reciben ciertos esquemas antiplaquetarios y aquellos con sangrado o factores de riesgo de sangrado probablemente necesiten continuar con el control regular de plaquetas.

2. Pacientes que se Encuentren Estables Bajo Inmunosupresión Crónica (corticoides, micofenolato, azatioprina), utilizar la menor dosis que asegure un recuento seguro. Dosis de (me)prednisona menores a 5 mg/d son posiblemente seguras. La alternativa de cambiar a agonistas del RTPO (al menos en aquellos que previamente no fueron refractarios) expone a una recaída y obliga a recuentos de control frecuentes hasta alcanzar la nueva homeostasis (con el riesgo social consecuente) y debería reservarse para casos que requieran altas dosis del inmunosupresor.

3. Pacientes que en el pasado hayan recibido rituximab deben considerarse inmunodeprimidos al menos mientras los análisis de sangre muestren gamaglobulinas disminuidas y subpoblaciones linfocitarias alteradas. En la práctica, considerar posible inmunodepresión durante los 12 meses siguientes a su uso.

4. Pacientes esplenectomizados deben considerarse inmunodeprimidos al menos los primeros 5 años. Si bien no están más propensos a infectarse con COVID19, en caso de superinfección bacteriana se pueden complicar rápidamente.

5. Pacientes de diagnóstico reciente, el tratamiento inicial convencional son los corticoides que tienen efecto inmunosupresor, en especial en dosis altas. La recomendación es posponer todo lo posible el comienzo de cualquier tratamiento inmunosupresor. Recordar que se puede vivir con un recuento bajo y que valores bajos no son necesariamente de riesgo. Los agonistas de RTPO son una opción no inmunosupresora pero su uso debería solicitarse como excepción ya que actualmente no están autorizados como primera línea de tratamiento. Cuando el uso de corticoides sea inevitable (por ej., no se dispone de agonistas), utilizar dosis reducidas un 50% por no más de 2-3 semanas y con rápida disminución. La dexametasona 40x4 x 2-3 pulsos podría ser una alternativa menos inmunosupresora. La gamaglobulina es una alternativa: alcanza valores seguros rápidamente aunque el efecto suele ser transitorio.

5.1. Ante el fracaso de la primera línea, en aquellos pacientes que requieran una segunda línea se deben evitar esplenectomía y rituximab. Ambas implican internación y conllevan un riesgo prolongado de inmunodepresión. Preferir los agonistas de RTPO.

5.2. ¿Qué agonista preferir? romiplostim por su aplicación subcutánea obliga a visitas al médico/enfermero/farmacia. Puede entrenarse al paciente o familiar para la autoaplicación. Eltrombopag necesita controles de función hepática en las primeras semanas.

6. Pacientes en quienes ya se ha decidido una esplenectomía: posponerla. En el mientras tanto, buscar recuentos seguros con gamaglobulina o agonistas de RTPO.

Conclusiones:

- **Al presente desconocemos si el paciente PTI tiene más riesgo de infectarse por COVID19. LA INFORMACIÓN PRELIMINAR DE DIFERENTES CENTROS MUNDIALES SUGIERE QUE NO ES EL CASO.**

En PTI secundaria, es posible que la *causa* de la PTI (inmunodeficiencias primarias, colagenopatías, hemopatías) tenga influencia en el riesgo de infección.

- **Los agonistas del RTPO son una opción segura.** Sin embargo, no están autorizados como primera línea
- **La gamaglobulina endovenosa es muy eficaz pero el resultado es fugaz y obliga a internarse lo que implica riesgos.** El riesgo de transmisión de COVID19 por la gamaglobulina parece nulo.
- **Los inmunosupresores en dosis bajas parecen suficientemente seguros**
- **El rituximab debería evitarse**
- **La esplenectomía debe posponerse**
- **Cualquier cambio en la medicación habitual debe ser discutido previamente con su hematólogo.**
- **La medicación habitual no debe suspenderse sin supervisión médica ya que puede precipitarse una recaída y ésta ser motivo de una internación en época de pandemia .**
- **Los controles de plaquetas deben espaciarse, minimizando la exposición del paciente al laboratorio/hospital/personal de salud. Cuando sea imprescindible, deberá preferirse el control a domicilio.**
- **Las medidas generales (aislamiento social, lavado de manos, uso de barbijo) son fundamentales para bajar el riesgo de contagio.**