

TROMBOCITOPENIA INMUNE COMO EFECTO ADVERSO DE BEVACIZUMAB: RETO DIAGNOSTICO

Ana María Vidal, Cristobal Ignacio Antunez, Alonso Ignacio Erazo, Consuelo Antonia Antunez, Paola Aravena

INTRODUCCIÓN La púrpura trombocitopénica inmunitaria (PTI) se caracteriza por la destrucción inmunomediada de plaquetas en la circulación. En pacientes con cáncer, la trombocitopenia suele deberse a la supresión medular por quimioterapia, infecciones o progresión de la enfermedad. Hasta la fecha se han descrito pocos casos de desarrollo de PTI asociados a Bevacizumab, anticuerpo monoclonal humanizado inhibidor de la angiogénesis específico contra el factor de crecimiento endotelial vascular A (VEGF). Bevacizumab se une a las isoformas activas del VEGF, bloqueando la activación de los receptores VEGFR1 y VEGFR2 en células endoteliales, inhibiendo así la angiogénesis normal como tumoral. Se utiliza como complemento a la quimioterapia en distintos tipos de cáncer, incluido el cáncer de ovario resistente al platino, mejorando la supervivencia global, la supervivencia libre de progresión y la tasa de respuesta global. Presenta un perfil de toxicidad favorable, siendo sus eventos adversos más frecuentes la hipertensión, proteinuria y astenia.

DESCRIPCIÓN DE CASO Mujer de 47 años con antecedente de cáncer de ovario diagnosticado en 2016. En abril de 2023 presenta recaída, recibiendo quimioterapia (Carboplatino, Paclitaxel 6 ciclos) y radioterapia. En octubre de 2024 inicia nuevo esquema con carboplatino, paclitaxel y bevacizumab por 4 ciclos, logrando remisión en PET-CT. Ingresa a UCI por shock séptico por estafilococo multisensible asociado a catéter de reservorio. Al día 8 cursa con trombocitopenia de $24.000 \times \text{mm}^3$, se descarta coagulación intravascular diseminada, no responde a transfusión de plaquetas. Desde el día 12 se observa recuperación parcial de plaquetas ($60.000 \times \text{mm}^3$) con macroplaquetas, sin leucoeritroblastosis ni dacriocitos. Se detectan anticuerpos antiplaquetarios, vitamina B12, anticuerpos antinucleares y complemento normales. Además, cursa con HTA y proteinuria en rango nefrótico. Se sospecha trombocitopenia inmune inducida por inmunoterapia. Recupera progresivamente su recuento plaquetario y mejora la proteinuria. Oncólogo tratante suspende tratamiento. A 6 meses, mantiene recuento plaquetario normal.

DISCUSIÓN La trombocitopenia es frecuente en unidades críticas, se ha descrito hasta un 43%. Su evaluación comienza con historia clínica y examen de sangre periférica para descartar causas como púrpura trombocitopénica trombótica. Se ha descrito que el bevacizumab presenta toxicidades hematológicas leves por sí mismo, pero se ha demostrado que aumenta ligeramente los eventos adversos hematológicos cuando se combina con quimioterapia. No está entre los 24 fármacos con evidencia clara de causar trombocitopenia, pero la base de datos francesa de farmacovigilancia reporta 5 casos sospechosos. Se ha demostrado que las plaquetas captan bevacizumab in vitro e in vivo. Este caso respalda la posible asociación entre bevacizumab y PTI. La recuperación del recuento plaquetario tras su suspensión y la presencia de anticuerpos apoyan esta hipótesis.