

Seminario Hematología

SEMIOLOGÍA II 2025



1

CASO CLÍNICO 1

Maribel, paciente de 28 años sin antecedentes mórbidos conocidos, consulta por cuadro de 5 meses de evolución de **astenia**. Niega la presencia de otros síntomas.

Viene en compañía de su hermana.

¿Qué más le preguntaría a Maribel en la anamnesis próxima?



Agotar motivo de consulta (¿Es efectivamente astenia? Diferenciar orgánica vs funcional),
búsqueda de síntomas generales y acompañantes

2

Astenia FUNCIONAL	Astenia ORGÁNICA
Fluctuante y prolongada	Constante e incluso progresiva , pero limitada a la duración de la enfermedad.
No varía con reposo ni actividad física	Alivia en reposo y aumenta con actividad física (Pero siempre está presente)
Predominio matinal	Exacerbación vespertina
Sin baja de peso significativa	+/- baja de peso significativa
Asociación a síntomas inespecíficos y estrés	Asociada a manifestaciones de enfermedad, especialmente del síndrome anémico y febril
Sin alteraciones al examen físico ni laboratorio	Puede haber manifestaciones al examen físico y/o laboratorio
Generalmente por trastornos del ánimo	Generalmente por infección, neoplasia, enfermedad autoinmune o metabólica

3

Continuando con la anamnesis próxima...

Maribel refiere **astenia de inicio hace 5 meses**, ha sido constante desde su inicio y durante el día es más intensa hacia la tarde.



No refiere haber notado **cambios en su peso**. Además nos cuenta que **al hacer ejercicio** se intensifica más su sensación de cansancio. Refiere adinamia, pero niega baja de peso, diaforesis nocturna y fiebre.

4

Astenia FUNCIONAL	Astenia ORGÁNICA
Fluctuante y prolongada	Constante e incluso progresiva, pero limitada a la duración de la enfermedad.
No varía con reposo ni actividad física	Alivia en reposo y aumenta con actividad física (Pero siempre está presente)
Predominio matinal	Exacerbación vespertina
Sin baja de peso significativa	+/- baja de peso significativa
Asociación a síntomas inespecíficos y estrés	Asociada a manifestaciones de enfermedad , especialmente del síndrome anémico y febril
Sin alteraciones al examen físico ni laboratorio	Puede haber manifestaciones al examen físico y/o laboratorio
Generalmente por trastornos del ánimo	Generalmente por infección, neoplasia, enfermedad autoinmune o metabólica

5

Causas de compromiso de estado general			
ASTENIA – ADINAMIA			
CON BAJA SIGNIFICATIVA DE PESO			SIN BAJA DE PESO SIGNIFICATIVA
SIN ANOREXIA		CON ANOREXIA	
INGESTA PRESERVADA	INGESTA DISMINUIDA		
Diabetes mellitus Hipertiroidismo Enfermedad celiaca Pancreatitis crónica Síndrome de mala absorción Feocromocitoma	Ayuno Intolerancia a la ingesta	Enfermedades infecciosas → <i>Neumonía, hepatitis, VIH, endocarditis, tuberculosis, etc.</i> Enfermedades neoplásicas → <i>Tumores sólidos de distinta índole</i> Enfermedades del mesénquima → <i>Lupus sistémico, artritis reumatoide, etc.</i> Otras → <i>Insuficiencia cardíaca crónica, síndrome urémico, daño hepático crónico, alcoholismo, etc.</i>	Trastornos ansiosos Depresión Síndrome de fatiga crónica Insuficiencia renal crónica Etc.

6

De pronto la hermana de Maribel interrumpe la entrevista...

“Doctor/a he notado que Maribel está mucho más blanca, además la pillé el otro día **COMIENDO TIERRA A ESCONDIDAS!!!** ¿Estará enferma de la cabeza?”



7

Anamnesis remota

¿En que le interesaría ahondar en la anamnesis remota dados los datos recabados hasta ahora? Justifique.

Alimentación:

- 3 comidas diarias, come carne y legumbres al menos 2 veces por semana.

Deposiciones:

- 1 vez al día o máximo cada 2 días. No se ha fijado en cambios de color ni diarrea.

OH y consumo de fármacos:

- Ocasional consumo de OH 2-3 veces al mes; 1 cerveza o vino. No llega a embriagarse, niega fármacos.

Antecedentes mórbidos:

- Niega. Refiere que en su embarazo le dieron sulfato ferroso pero no recuerda dosis.

Ginecológico:

- G1P1A0. 1 parto por cesárea hace 10 años. Menarquia a los 12 años. FUR hace 7 días. Menstruación VIII/28. durante el último año mayor flujo, pero no le atribuyó importancia, utiliza 5 toallitas nocturnas cada día y dura 8 días su menstruación.

Antecedentes Familiares:

- Papá murió de IAM a los 47 años. Mamá hipertensa y diabética en tratamiento.

8

Examen físico

General:

- Palidez de piel y mucosas
- Fragilidad capilar y ungueal
- Frecuencia cardíaca 108 lpm, presión arterial 110/76 mmHg

Segmentario:

- Examen oral: Estomatitis angular, glositis atrófica leve
- Cardiológico: Soplo funcional
- Tacto rectal: Sin sangrado



9

Plantee diagnósticos sindromáticos



- Astenia orgánica en estudio
- Síndrome anémico en estudio

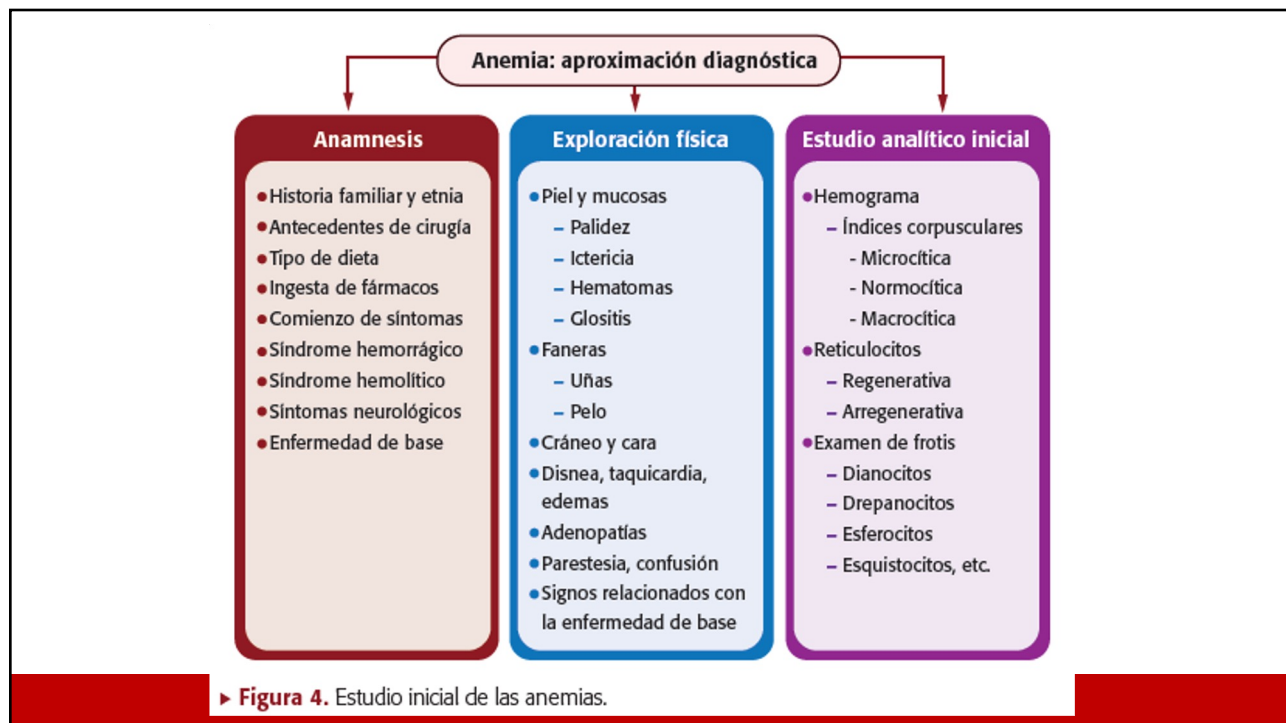
¿Qué examen de laboratorio solicitarían en primera instancia para el estudio de esta paciente?

Se pide un Hemograma:

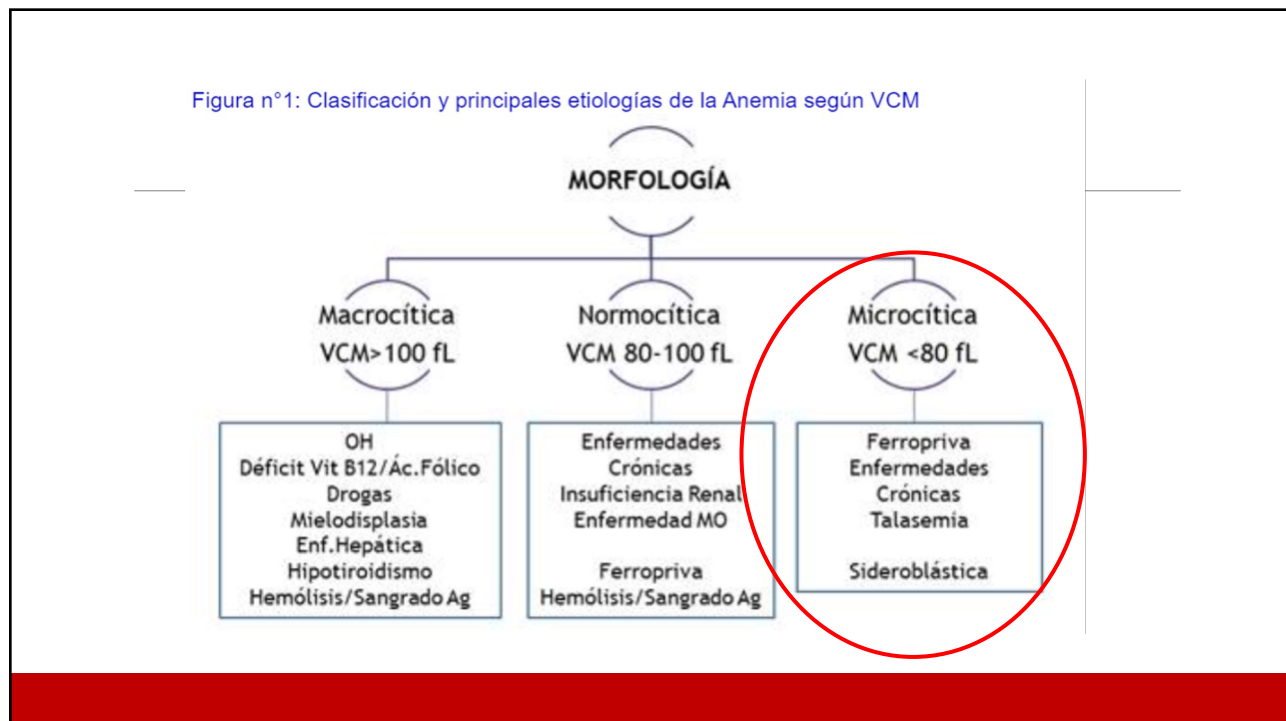
- Hemoglobina: 10,8 mg/dL
- Hematocrito: 30,5
- HCM: 20,3
- VCM: 70,8

**Anemia leve
microcítica
e hipocrómica**

10



11



12

Anemia Ferropénica

Baja Ingesta

Malabsorción

Pérdidas
Aumentadas

13

Maribel tiene probablemente anemia ferropénica, entonces.

- **¿Qué hacemos con ella? Opciones iniciales:**

- A) Alta a domicilio sin tratamiento debido a que es anemia leve
- B) Alta a domicilio con suplemento de sulfato ferroso
- C) Continuar estudio de su anemia (Ambulatorio)

¿Plantearían otra opción?

14

Resolución del caso

El médico que atiende a Maribel le solicita una **ecografía transvaginal** porque sospecha aumento de pérdidas. En este se confirma que tiene **pólipos uterinos lo que explican su metrorragia**. Por lo tanto, se deriva a Ginecología para continuar con el tratamiento por especialista.



15

CASO CLÍNICO 2

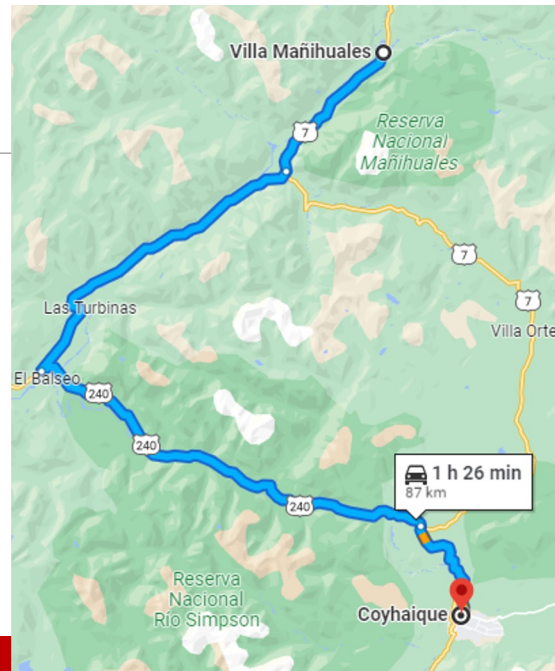
Alondra, mujer de 36 años de bajo nivel socioeconómico (NSE), vive en Villa Mañihuales a 100 Km de Coyhaique. Consulta preocupada porque ha notado un aumento de volumen abdominal y no ha tenido su regla hace 7 meses.



16

Alondra preocupada decide viajar a Coyhaique para consultar con un médico.

Éste la examina brevemente y decide pedirle algunos **exámenes de laboratorio y una ecografía abdominal**.



17

Ecografía abdominal de Alondra



18

HEMOGRAMA					
Tipo de Muestra: Sangre		F. Extracción: 08/10/2020 13:32		- F. Recepción: 08/10/2020 18:33	
Examen	Resultado	U.M.	Resultados Anteriores	Valores de Referencia	Método
24/03/2020					
HEMOGRAMA					
RECuento DE ERITROCITOS	4.67	10 ⁶ /uL	4.58	3.99 - 5.27	(CITOMETRIA)
HEMATOCRITO	33.1	%	39.2	37.1 - 46.7	(CITOMETRIA)
HEMOGLOBINA	9.2	gr/dL	13.2	12.1 - 15.5	(CITOMETRIA)
VCM	121	fl	85.7	80.0 - 100.0	(CALCULO)
HCM	28.6	pgr	28.9	26.0 - 34.0	(CALCULO)
CHCM	33.0	gr/dL	33.7	31.0 - 36.0	(CALCULO)
RDW	12.7		13.7	12.4 - 15.3	(CITOMETRIA)
HDW	2.1	gr/dL	2.3	2.2 - 3.2	
RECuento DE LEUCOCITOS	7.5	10 ³ /uL	7.5	4.5 - 11.6	(CITOMETRIA)
% BASOFILOS	1.2	%	0.9		(CITOMETRIA)
% EOSINOFILOS	2.5	%	3.4		(CITOMETRIA)
% SEGMENTADOS	56.4	%	54.2		(CITOMETRIA)
% LINFOCITOS	35.5	%	37.2		(CITOMETRIA)
% MONOCITOS	4.3	%	4.3		(CITOMETRIA)
BASOFILOS TOTALES	90	xmm3	68	Hasta 200	(CITOMETRIA)
EOSINOFILOS TOTALES	188	xmm3	255	Hasta 450	(CITOMETRIA)
SEGMENTADOS TOTALES	4 230	xmm3	4065	1 800 - 7 700	(CITOMETRIA)
LINFOCITOS TOTALES	2 663	xmm3	2790	1 000 - 4 800	(CITOMETRIA)
MONOCITOS TOTALES	323	xmm3	323	Hasta 800	(CITOMETRIA)
RAN	4 230	xmm3	4 065	Desde 1 500	
RECuento DE PLAQUETAS	292	10 ³ /uL	299	135 - 363	(CITOMETRIA)
VHS	7	mm/Hr	15	Hasta 20	(FOTOMETRICO CAPILAR)

19

- ¿Cuáles son los cortes de hemoglobina para definir una anemia?
- Depende acerca de quién estemos hablando:

Tabla II. Definición de anemia según la Organización Mundial de la Salud

	Mujeres	Hombres
Niveles de hemoglobina	< 12 g/dl	< 13 g/dl
Recuento eritrocitario	< 3,8 × 10 ¹² /l	< 4,5 × 10 ¹² /l
Hematocrito	< 35 %	< 40 %

- Pero existe un caso especial... El **embarazo**, en el cual la anemia se define por **Hb < 11 g/dL**

20

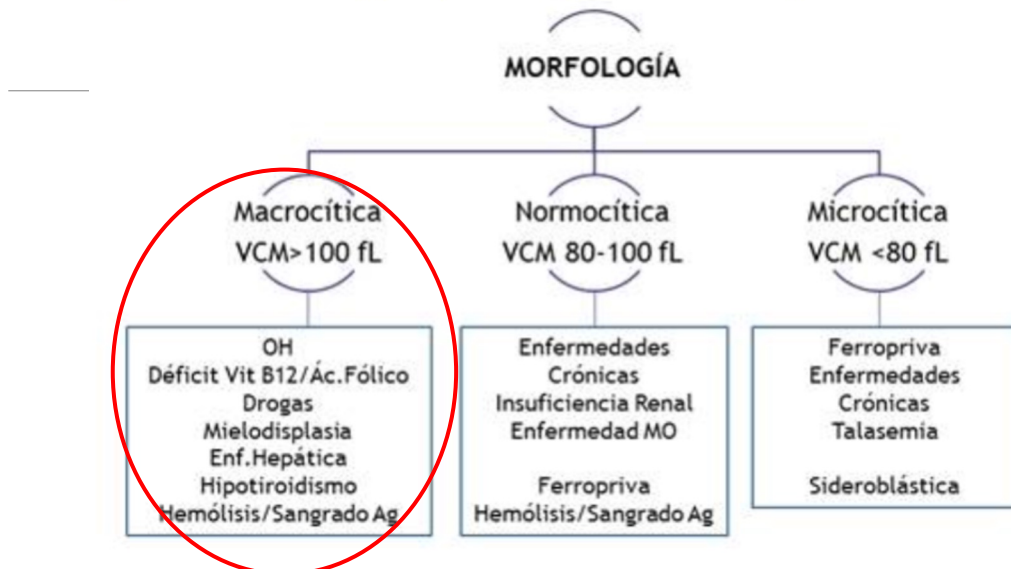
¿Qué podemos concluir entonces de este hemograma?

Examen	Resultado	U.M.	Resultados Anteriores	Valores de Referencia	Método
24/03/2020					
HEMOGRAMA					
RECuento DE ERITROCITOS	4.67	$10^6/\mu\text{L}$	4.58	3.99 - 5.27	(CITOMETRIA)
HEMATOCRITO	33.1	%	39.2	37.1 - 46.7	(CITOMETRIA)
HEMOGLOBINA	9.2	gr/dL	13.2	12.1 - 15.5	(CITOMETRIA)
VCM	121	fL	85.7	80.0 - 100.0	(CALCULO)
HCM	28.6	pg	28.9	26.0 - 34.0	(CALCULO)
CHCM	33.0	gr/dL	33.7	31.0 - 36.0	(CALCULO)
RDW	12.7	%	13.7	12.4 - 15.3	(CITOMETRIA)
HDW	2.1	gr/dL	2.3	2.2 - 3.2	(CITOMETRIA)
RECuento DE LEUCOCITOS	7.5	$10^3/\mu\text{L}$	7.5	4.5 - 11.6	(CITOMETRIA)
% BASOFILOS	1.2	%	0.9		(CITOMETRIA)
% EOSINOFILOS	2.5	%	3.4		(CITOMETRIA)
% SEGMENTADOS	56.4	%	54.2		(CITOMETRIA)
% LINFOCITOS	35.5	%	37.2		(CITOMETRIA)
% MONOCITOS	4.3	%	4.3		(CITOMETRIA)
BASOFILOS TOTALES	90	$\times\text{mm}^3$	68		(CITOMETRIA)
EOSINOFILOS TOTALES	188	$\times\text{mm}^3$	255		(CITOMETRIA)
SEGMENTADOS TOTALES	4 230	$\times\text{mm}^3$	4065		(CITOMETRIA)
LINFOCITOS TOTALES	2 663	$\times\text{mm}^3$	2790		(CITOMETRIA)
MONOCITOS TOTALES	323	$\times\text{mm}^3$	323	Hasta 800	(CITOMETRIA)
RAN	4 230	$\times\text{mm}^3$	4 065	Desde 1 500	(CITOMETRIA)
RECuento DE PLAQUETAS	292	$10^3/\mu\text{L}$	299	135 - 363	(CITOMETRIA)
VHS	7	mm/Hr	15	Hasta 20	(FOTOMETRICO CAPILAR)

Anemia
Moderada
Macrofítica
Normocrómica

21

Figura n°1: Clasificación y principales etiologías de la Anemia según VCM



22

Después de estos exámenes el médico decide **re-interrogar y examinar** a la paciente.

¿Qué habría que buscar de manera dirigida a la Anamnesis Remota?

Antecedentes Médicos

- DHC
- Hipotiroidismo

Medicamentos

- Zidovudina
- Metformina
- Metotrexato
- Anticonvulsivantes
- Sulfas

Antecedentes Gineco-obstétricos

Hábito Defecatorio

- Frecuencia
- ¿Presencia de Sangre?

Hábito Alimentario

- OH
- Frutas y/o verduras frescas
- Consumo de carne
- Consumo de otros productos de origen animal

23

Anamnesis Remota Alondra

Niega antecedentes mórbidos

Sin uso de fármacos

Consumo de 1 Lt de cerveza al día, fin de semana acompaña con destilados

Alimentación en base a comida enlatada, asado de cordero todos los fines de semana. Niega consumo de verduras y frutas

Deposiciones relativamente blandas una vez cada dos días, sin elementos patológicos

G3P3A0, FUR: Hace 7 meses. Sin uso de ACO.

Resto sin hallazgos

24

Examen Físico

Paciente bien hidratada y perfundida.
Palidez mucocutánea.

SV: FC 95 lpm, T 36.7°C, PA 120/70 mmHg, FR 12 x'

Examen pulmonar sin hallazgos. Al examen cardíaco **soplo protosistólico** de baja intensidad.

No se evidencian estigmas de daño hepático crónico.

Sin hallazgos al examen neurológico.



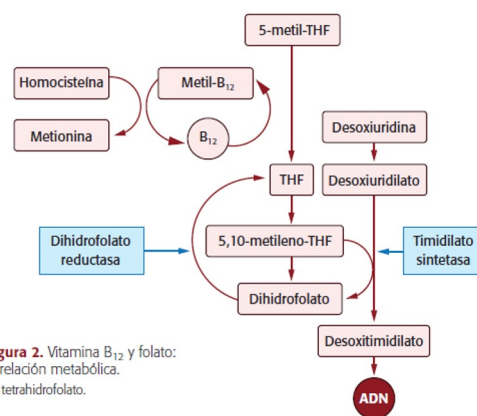
25

Plantee hipótesis diagnóstica sindromática y etiológica **más probables**

Síndrome Anémico (Anemia Macrocítica en estudio)

1. Por déficit de **Folato**

El Ácido Fólico es importante para la formación de ADN, algo muy necesario en la síntesis de glóbulos rojos.



► **Figura 2.** Vitamina B₁₂ y folato: interrelación metabólica.
THF: tetrahidrofolato.

26

¿Qué situaciones contribuyeron a que Alondra cursara con anemia?

- **Embarazo** (aumento de requerimientos de Ac. Fólico)
- Consumo de **OH**
- **Dieta pobre** en alimentos que aportan folatos



27

Tabla IV. Causas de la deficiencia de folatos

Aporte insuficiente

- Ancianos malnutridos. Dietas especiales
- Alcoholismo (patogenia multifactorial)
- Aumento fisiológico de las necesidades:
 - Periodo de crecimiento. Prematuros
 - Embarazo
- Aumento patológico de las necesidades:
 - Estados hemolíticos crónicos
 - Síndromes mieloproliferativos
 - Neoplasias
 - Dermatitis exfoliativas

Malabsorción

- Síndrome de intestino delgado
 - Esprúe tropical (adultos). Enfermedad celiaca (niños)
 - Enfermedad de Crohn
 - Gastrectomía parcial
 - Linfoma
- Hipotiroidismo
- Alcoholismo

Utilización defectuosa. Alteraciones metabólicas

- Tratamiento con fármacos: citostáticos, antiepilépticos, anticonceptivos, antibióticos, hipoglucemiantes
- Avitaminosis C
- Intoxicación alcohólica
- Hepatopatías crónicas
- Carencia de vitamina B₁₂

28

CASO CLÍNICO 3

Durante sus horas de morbilidad en un CESFAM de Santiago Centro, recibe a David, un **hombre de 32 años sin antecedentes mórbidos** que consulta por segunda vez en su centro de salud. Refiere que fue atendido hace **10 días** por cuadro de astenia, adinamia, mialgias y fiebre de hasta 39°C. Se descartó infección por COVID 19 con test rápido negativo y se indicó manejo sintomático con diagnóstico de síndrome gripal por probable influenza.

Reconsulta hoy por persistencia de la sintomatología, a la que se agrega **disnea**, pese al tratamiento indicado. Utiliza paracetamol de 1 gramo cada 8 horas y medidas físicas pero persiste con temperatura axilar de 38°C.



29

¿Cómo
continuaría
con la
anamnesis
próxima?

- Caracterizar el cuadro inicial
- Evaluar si hubo o no remisión de los síntomas
- Duración de la sintomatología
- Caracterizar la disnea
- Indagar dirigidamente:
 - Síntomas generales
 - Síntomas respiratorios
 - Síntomas cardiovasculares
 - Síntomas de síndrome anémico

30

David le cuenta que sus síntomas comenzaron hace aproximadamente **20 días**, progresivos en el tiempo; actualmente se encuentra con disnea de **esfuerzos moderados**. Niega tos, expectoración, dolor torácico, odinofagia, descarga posterior, rinorrea y plenitud facial. Tampoco ha presentado síntomas cardiovasculares pero dice que hace algunas semanas **en su casa lo notan pálido**. Además, le preocupa que presenta **sangrado** de encías a repetición hace 1-2 meses. Niega baja de peso, diaforesis nocturna y anorexia. La fiebre ha persistido todo este tiempo, y es solo ocasionalmente manejable con los medicamentos.

31

¿Qué
antecedentes
relevantes
debe indagar
de la
anamnesis
remota?

- Antecedentes médicos personales
- Uso de fármacos
- Hospitalizaciones recientes
- Antecedentes familiares
- Exposición a radiaciones ionizantes
- Ocupación
- Transfusiones
- Mascotas
- Hábitos sexuales

32

¿Qué elementos debe buscar dirigidamente al examen físico?

¿QUÉ ESPERA ENCONTRAR?

33

Al examinar al paciente destaca:

- PA 118/76 mmHg, FC 110 lpm, FR 18 cpm, T 38.8°C, Sat 96%
- **Piel y conjuntivas pálidas**, mucosa oral levemente deshidratada, sin lesiones. Llano capilar de 3 seg.
- Se palpan algunas adenopatías cervicales de consistencia blanda de aproximadamente 1 cm, levemente dolorosas a la palpación, móviles y no adheridas a planos profundos.
- Estado nutricional ectomorfo, IMC 20.
- Expansión torácica conservada. MP (+) hasta las bases, sin ruidos agregados. RR2T, se ausculta **soplo protosistólico II/VI en foco aórtico**.
- Abdomen blando y depresible, sensible en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. RHA (+). **Hígado de aprox. 15 cm según percusión abdominal y palpable 7 cm bajo el reborde costal**.
- Resto dentro de límites normales.

34

Planteen un diagnóstico sindromático y posibles diagnósticos etiológicos.



35

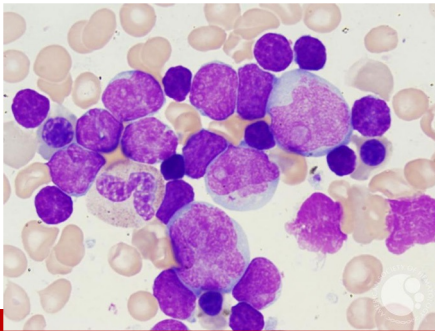
Razonamiento
clínico

- Síndrome febril prolongado
 - Obs. infeccioso:
 - Síndrome mononucleósico
 - Influenza
 - COVID-19
 - VIH
 - TBC
 - Obs. neoplásico:
 - Leucemia aguda
- Síndrome anémico

36

¿Cómo iniciaría su estudio diagnóstico? ¿Qué esperaría encontrar?

- Hemograma con frotis
- Parámetros inflamatorios, exámenes generales



- Anemia
- Trombocitopenia
- Leucocitos (normales, aumentados o disminuidos)
- Sin/con células en estadios madurativos intermedios (hiato leucémico)
- BLASTOS al frotis

37

David tiene el siguiente hemograma:

- Anemia moderada
- GB normales sin formas intermedias (hiato leucémico)
- Trombocitopenia
- Presencia de blastos al frotis

Eritrocitos	:	2.51	*
Hematocrito	:	24.2	*
Hemoglobina	:	8.7	*
V.C.M.	:	96.4	*
H.C.M.	:	34.7	*
C.H.C.M.	:	36.0	
Reticulocitos	:		
I.R.	:		
Eritroblastos	:		
Leucocitos	:	8900	
Segmentados	:	11.0	
Baciliformes	:		
Metamielocitos	:		
Mielocitos	:		
Promielocitos	:		
Eosinófilos	:		
Basófilos	:		
Monocitos	:	3.0	
Linfocitos	:	12.0	
Blastos	:	74.0	
Plasmocitos	:		
Mononucleares	:		
R.A.N.	:	222	
Plaquetas	:	16000	
VHS	:	16	

CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS AL FROTIS

Serie Roja:

Anisocitosis	Moderada
Anisocromía	Leve
Rouleaux	Leve
Macroцитs Hipocromos	Escasos

Serie Blanca:

Blastos medianos, con escaso citoplasma. Algunos presentan mas de 3 nucleolos. El 21% de los blastos presenta núcleo lobulado

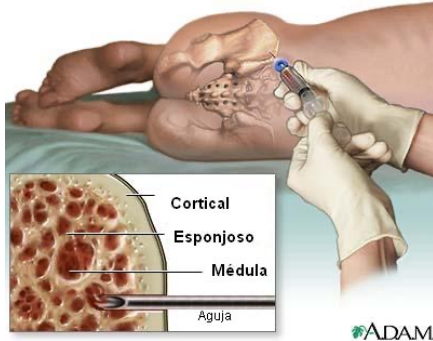
38

¿Diagnóstico?

LEUCEMIA AGUDA

¿Cómo se confirma?

Mielograma con >20%
de blastos



39

CASO CLÍNICO 4

Samuel, paciente de sexo masculino, de 11 años de edad, sin antecedentes mórbidos de relevancia. Consulta junto a su madre en consulta ambulatoria por episodios de epistaxis frecuentes.

¿Cómo agotarían el motivo de consulta?

Frecuencia, severidad, si son autolimitados o no, si ha requerido acudir al servicio de urgencias.



40

Usted continúa su anamnesis. Durante el interrogatorio dirigido, el paciente refiere que presenta equimosis con mucha facilidad.

¿Cómo agotarían el síntoma expuesto?

Tamaño (>6 cm), frecuencia, lugar, traumáticos o atraumáticos.

¿Qué otros síntomas indagaría, pensando en descartar un trastorno de la hemostasia primaria vs secundaria?

Petequias, gingivorragia, hematomas, hemartrosis, sangrado activo.

¿Qué antecedentes sería relevante preguntar en la anamnesis remota?

Historia de sangrado post-quirúrgico, antecedentes familiares, uso de fármacos.

41

		
Hematoma	Petequias	
Nombren la alteración hemorrágica correspondiente:		Hemartrosis

42

Manifestaciones hemorrágicas

Petequias	→	Manifestación de trombocitopenia
Equimosis	→	Patológicos si son mayores de 6 cm, sin trauma evidente. Alteraciones cualitativas de plaquetas o déficit de factores.
Hematoma	→	Alteraciones cualitativas plaquetarias
Hemorragia	→	Déficit de factores adquiridos o congénitos (por ej.: Cirrosis, Hemofilias, otras).

43

Samuel refiere **gingivorragia**, pero niega petequias, episodios de sangrado activo, hematomas o aumentos de volumen en articulaciones. No presenta antecedentes quirúrgicos, tampoco antecedentes familiares.



En este caso, ¿Existiría alteración de la hemostasia primaria o secundaria?

Hemostasia primaria: hemorragias mucocutáneas (epistaxis, metrorragias, gingivorragias, etc.) y postoperatorias. Equimosis de aparición espontánea, patológicos si mayores a 6 cm sin trauma evidente.

44

Fases de la Coagulación

1.- **Fase primaria:** A cargo de las plaquetas, tiene por función la hemostasis de capilares, arteriolas y vénulas. Actúa en segundos.

Tapón plaquetario

2.- **Fase secundaria:** Factores proteolíticos de coagulación, requiere de minutos, hemostasia de vasos mayores y prevención de re-sangramientos.

Adhesión plaquetaria

Receptor Ia/Ila une plaqueta al colágeno. Estabilizada por FvW.

Liberación

Degranulación plaquetaria, liberación de F4Pla, ADP, Serotonina.

Agregación

Exposición de glicoproteína IIb/IIIa exhibiendo receptores de fibrina y ligando plaquetas adyacentes.

45

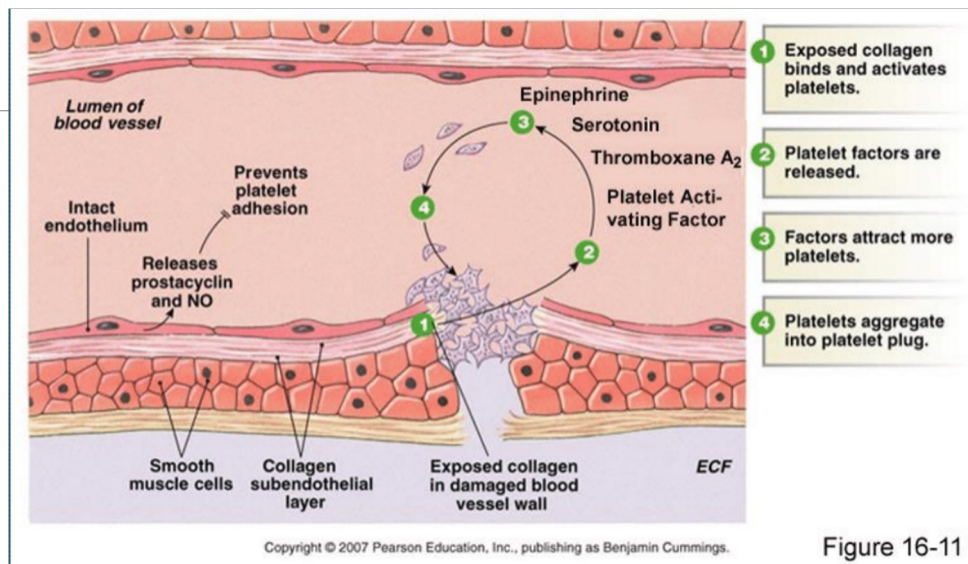
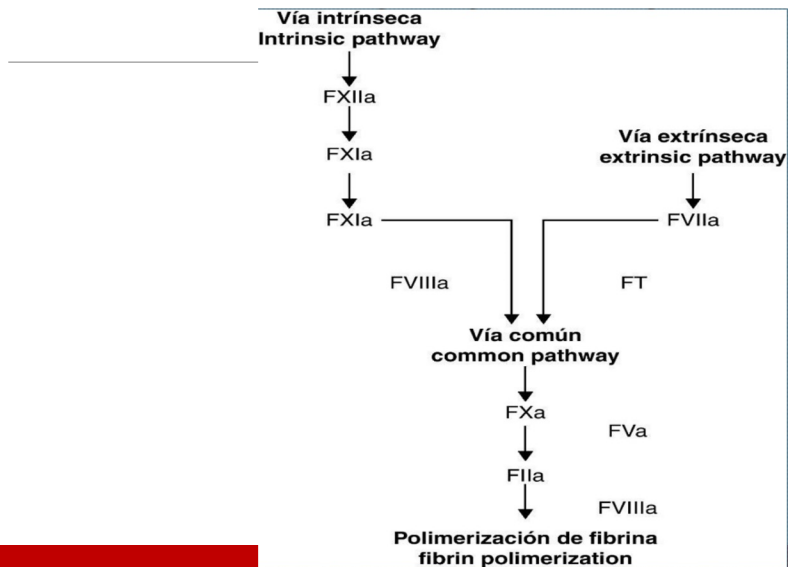


Figure 16-11

46

Fase Secundaria



47

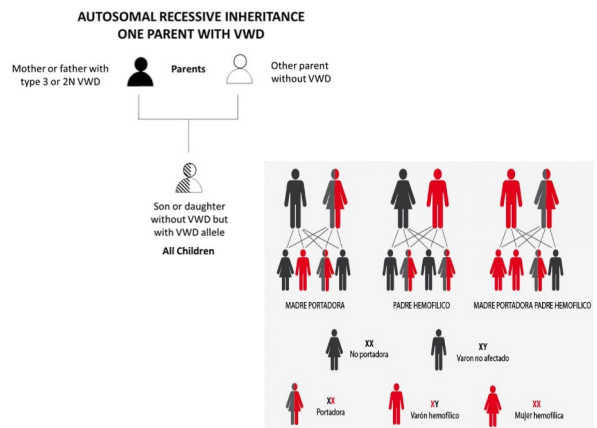
¿Cuál es el diagnóstico sindromático?

Síndrome Hemorragíparo

¿Qué diagnósticos diferenciales se pueden plantear?

Enfermedad de Von Willebrand

Hemofilia



48

	Haemophilia A	Factor IX deficiency	Von Willebrand's disease
Inheritance	Sex-linked	Sex-linked	Dominant (incomplete)
Main sites of haemorrhage	Muscle, joints, post-trauma or postoperative	Muscle, joints, post-trauma or postoperative	Mucous membranes, skin cuts, post-trauma or postoperative
Platelet count	Normal	Normal	Normal
Bleeding time	Normal	Normal	Prolonged
Prothrombin time	Normal	Normal	Normal
Partial thromboplastin time	Prolonged	Prolonged	Prolonged or normal
Factor VIII	Low	Normal	May be moderately reduced
Factor IX	Normal	Low	Normal
VWF	Normal	Normal	Low
Ristocetin-induced platelet aggregation	Normal	Normal	Impaired

49

¿Qué examen de laboratorio elegiría para diagnosticar a este paciente?

Test de Sangría estandarizado: proporcional al recuento plaquetario.
- Síndrome hemorrágico con tiempos mayores de 15-20 minutos.

Medición de Factor de Von Willebrand (FvW) o test de ristocetina.

¿Por qué un hemograma podría no evidenciar ninguna alteración?

Alteraciones cualitativas de plaquetas, no cuantitativas.

50