Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1382

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1053 - PANCITOPENIA POR DIETA RICA EN CARBOHIDRATOS

N. Díaz Ferreiros[a], M. Bada Sánchez[b] y L. Garrido Acosta[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Riaño. Langreo. Asturias. [b]Médico de Familia. Centro de Salud de Riaño. Langreo. Asturias. [c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Riaño. Langreo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 59 años que acude al centro de salud por astenia, anorexia y disminución de 10 kg de peso en el último mes. Antecedentes médico-quirúrgicos y farmacológicos: No refiere alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Hipertensión arterial, diabetes, síndrome ansioso-depresivo, adenomas túbulo-vellosos. Colecistectomía, histerectomía y prótesis ocular derecha. Medicación crónica: clorazepato dipotásico 5 mg (1-0-1), paroxetina 20 mg (1-0-0), metformina (1-0-1). Anamnesis: astenia, anorexia y disminución de 10 kilogramos de peso desde hace un mes, empeorando los últimos días con dificultad para deambulación, disnea de medianos esfuerzos, epistaxis, petequias en miembros inferiores, dolor epigástrico y mareos. Relaciona la clínica con inicio de dieta adelgazante basada exclusivamente en hidratos de carbono, no pautada por personal sanitario.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, palidez cutáneo-mucosa, normohidratada, obesa. No adenopatías cervicales, axilares ni supraclaviculares. Auscultación cardio-pulmonar normal. Abdomen sin palparse masas ni megalias. a) analítica en Atención Primaria: hemoglobina 7,6 mg/dl; hematíes 2,25 millones/mm^3; hematocrito 22%; VCM 97,7; plaquetas 24.000/mm^3; leucocitos 900/mm^3 (neutrófilos 26,4%, linfocitos 61,5%), coagulación normal. Ante pancitopenia se deriva a Urgencias. b) Radiografía de tórax y abdomen: normal. c) Ecografía abdominal: hígado con aumento difuso de ecogenicidad, esteatosis. Resto normal. d) TC toraco-abdominal: No masas ni bloques adenopáticos patológicos mediastínicos ni retroperitoneales. No derrame pleural. Hígado esteatósico. Vía biliar no dilatada. No ascitis. No signos de carcinomatosis. Bazo, pelvis y asas intestinales normales. e) Analítica en Urgencias: Hemograma similar a mencionada anteriormente; orina 3-5 hematíes/campo; bioquímica normal excepto proteínas totales disminuidas, AST 76 U/l. Ingresa en Hematología. f) Analítica al ingreso: igual que analíticas mencionadas, hallazgos de LDH 10.987 UI/l; beta2-microglobulina 2,5 mg/l; ácido fólico 1,2 ng/l; vitamina B12 149 pg/l; reticulocitos 8.900/mm^3; VSG 62; Coombs directo negativo. Serologías de hepatitis B, C y VIH negativas. g) Punción de médula ósea e inmunofluorescencia: médula ósea extremadamente hipocelular no cuantificable, presencia de eritroblastos inmaduros dismórficos. Inmunofluorescencia compatible con mielodisplasia de bajo grado, descartar déficit de factores madurativos.

Juicio clínico: Pancitopemia grave por déficit de factores madurativos, relacionada con alimentación basada en hidratos de carbono. Se trató con cianocobalamina, ácido fólico y dieta variada con mejoría. Al alta: Hemoglobina 10,5 g/dl, leucocitos 3.800/mm^3, plaquetas 27.000/mm^3,

LDH 1.662 UI/l. Al mes: hemoglobina 12,4 g/dl; reticulocitos, LDH, leucocitos, vitamina B12 y fólico normales; plaquetas 184.000/mm^3.

Diagnóstico diferencial: Mielodisplasia/mielofibrosis, leucemia mieloide/linfoide aguda, linfoma no Hodgkin, metástasis a médula ósea, anemia aplásica, pancitopenia autoinmune por VIH, infección por VHB/VHC, pancitopenia farmacológica (citotóxicos, antibióticos, antitiroideos).

Comentario final: Realizar dietas adelgazantes no pautadas por profesionales o aquellas en las que predominan determinados grupos de nutrientes no es saludable. Debemos insistir en la importancia de dietas variadas, ricas en vitaminas y con presencia todos los grupos de nutrientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Keskin EY, Keskin M. Severe vitamin B12 deficiency in a 15-year-old boy: presentation with haemolysis and pancytopenia. BMJ Case Rep. 2015. pii: bcr2015209718.doi:10.1136/bcr-2015-209718.

2. Austein T, Badge S, Kerstan H, von Bloh J, Aue G, Lösekann M, Pacholik L. A 62 year old woman with spontaneous onset of distinct walking disorder and pancytopenia. Internist (Berl). 2008;49(12):1512-5.

3. Bhatnagar N, Wechalekar A, McNamara C. Pancytopenia due to severe folate deficiency. Intern Med J. 2012;42(9):1063-4.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.