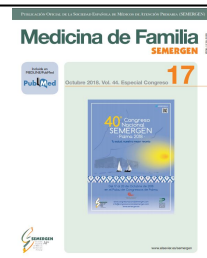




Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/1882 - DOCTORA, SE ME SUBE LA SANGRE A LA CABEZA

Z. Pérez García^a, M. de las Cuevas Miguel^b, A. González Gamarra^c y A. Contreras^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud General Fanjul. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 23 años, sin alergias medicamentosas, bebedor ocasional y sin antecedentes patológicos. Acude a consulta por cefaleas y sensación frecuente de calor facial desde hace varios meses.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: hemoglobina 20,9 g/dL, hematocrito 61,5%, resto (incluida TSH) normal. Radiografía de tórax y ecografía abdominal sin alteraciones. Derivamos a hematología donde completaron estudio: Mutación JAK2 negativa. Volumen eritrocitario y EPO normales. TAC cerebral normal. Punción de médula ósea con biopsia normal y estudio citológico con elevación de la serie eritroide sin alteraciones morfológicas.

Orientación diagnóstica: Poliglobulia idiopática sin criterios de policitemia vera.

Diagnóstico diferencial: Ante un cuadro de poliglobulia tendremos que definir si se trata de una poliblobulia relativa o absoluta. En el primer caso el volumen plasmático está disminuido y la masa eritrocitaria total es normal (aparece ante casos de deshidratación o poliglobulia de estrés en contexto de obesidad, HTA, ansiedad o tabaquismo). En nuestro paciente estamos ante una poliglobulia absoluta ya que el volumen plasmático es normal y la masa eritrocitaria total se encuentra aumentada. Dentro de las poliglobulias absolutas las encontramos secundarias (la médula responde a un aumento de la EPO) debidas a procesos tumorales, enfermedad vascular renal o hipoxia tisular, así como primarias (existe un aumento de producción por parte de la médula ósea pero sin aumento de EPO) como sería el caso de la policitemia vera (suele asociar leucocitosis, trombocitosis y esplenomegalia). Un último grupo de poliglobulias absolutas son las denominadas idiopáticas o esenciales, en ellas no se consigue identificar causa primaria ni secundaria, aunque un 5-10% terminan evolucionando a policitemia vera.

Comentario final: Ante un caso de poliglobulia debemos descartar poliglobulias relativas así como procesos subyacentes potencialmente graves en ocasiones y que pueden ser la causa de una poliglobulia secundaria. Actualmente el paciente se encuentra en tratamiento con flebotomías quincenales con buena evolución y sin complicaciones derivadas del cuadro.

Bibliografía

1. García Y, García MM. Poliglobulia. Urgencias en Atención Primaria. JANO. 2003.
2. Spivak JL. Policitemia verdadera y otras enfermedades mieloproliferativas. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Poliglobulia. Plétora.