



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

## 423/83 - ANEMIA CASUAL

P. González García<sup>1</sup>, I. Ostolaza Tazón<sup>2</sup>, C. Fernández Galache<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Interna. HUMV. Cantabria. <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. <sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria de Urgencias. HUMV. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 91 años con funciones intelectuales conservadas pero una importante gonartrosis que le impide salir de casa desde hace dos años. Es hipertensa y tiene una fibrilación auricular desde 1999 anticoagulada con sintrom. Fue seguida por Cardiología varios años, actualmente por Atención Primaria. El único proceso por el que está siendo atendida y donde podemos valorar su estado son unas úlceras en maléolo externo de extremidad inferior izquierda. Desde 2015 no se realiza control analítico ya que la paciente se encuentra bien y no solicita otra atención médica. Debido a que estas úlceras no terminan de evolucionar de forma favorable se solicita analítica completa. Ante una hemoglobina de 7 g/dl se nos avisa desde laboratorio para informar del hallazgo tras lo que avisamos a la paciente para que acuda a nuestro centro de salud de forma urgente.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Palidez cutáneo-mucosa. Eupneica. No presenta signos congestivos. Auscultación cardiaca arrítmica a una frecuencia de 80 latidos por minuto. Auscultación pulmonar con buena ventilación bilateral. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos preservados. El hemograma muestra una hemoglobina de 7 g/dl, hematocrito 23,4%, VCM 62,1 fL, HCM 18,6% y ADE 18,8%, siendo el resto de parámetros normales. La bioquímica muestra una urea normal (39 mg/dl) con un perfil de hierro alterado, siendo el hierro 11 ?g/dl, la ferritina de 11 ng/ml y el índice de saturación de transferrina del 3%.

**Juicio clínico:** Anemia ferropénica severa.

**Diagnóstico diferencial:** Ante la presencia de una anemia tenemos que conocer su origen. Saber si es micro, normo o macrocítica nos ayudará a conseguirlo. Dentro de las anemias microcíticas existen causas de origen hereditario, ferropenia, anemias sideroblásticas, talasemias y en ocasiones anemia de trastorno crónico. Las anemias normocíticas suelen ser de causa hemolítica o por trastorno crónico. Las macrocíticas pueden ser megaloblásticas de origen carencial, hemolíticas, por sangrado activo, por alteraciones en la médula ósea o por afectación visceral (hipotiroidismo, hepatopatía...). En nuestro caso nos hallamos ante una anemia microcítica e hipocrómica (VCM y HCM bajas) de perfil ferropénico. La ferritina, el hierro y la saturación de transferrina están bajos con una transferrina normal. La distinguimos de la anemia de trastorno crónico por la ferritina baja (normal o elevada en el trastorno crónico) y por la transferrina, disminuida en el trastorno crónico.

**Comentario final:** Evaluando a la paciente, a la anamnesis se encontraba totalmente asintomática y a la exploración hemodinámicamente estable, bien perfundida, sin taquicardia. Se trata de una paciente frágil con

una vida limitada, por lo que se decidió no llevar a cabo ninguna otra prueba complementaria en ese momento. Desde la Atención Primaria debemos ser capaces de tener una visión global de los pacientes pudiendo tomar decisiones que eviten la realización de pruebas innecesarias y agresivas, creando perjuicio tanto a pacientes como a los servicios de urgencias hospitalarias.

## Bibliografía

Rozman Borstnar C, Cardellach, F. Farreras-Rozman Medicina interna. Barcelona: Elsevier, 2016.

Sans-Sabrafen J, Besses Raebel C, Vives Corrons J. Hematología clínica. Madrid: Harcourt, 2006.