



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 210/103 - Este mareo no se me quita con nada...

A.C. Frazao dos Santos<sup>a</sup>, E. Sánchez Pablo<sup>b</sup>, C. Celada Roldán<sup>c</sup>, S.I. Roncero Martín<sup>d</sup>, V. Mateo Cañizares<sup>a</sup> e Y. Romero Castro<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Hospital Los Arcos del Mar Menor. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. <sup>d</sup>Centro de Salud de San Javier. <sup>e</sup>Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 64 años derivada por su médico de familia a urgencias para valoración del paciente tras presentar las últimas semanas sensación de mareo, por lo que se le realizó analítica de sangre se objetivó: hemoglobina (Hb) de 4,6 y hematocrito (Ht) de 16,6. Ha sido valorada por otorrinolaringólogo privado, que prescribió varson y dogmatil durante tres semanas antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas, HTA, no diabetes, no dislipemias. Hepatitis B hace 20 años. No antecedentes quirúrgicos conocidos. Tratamiento crónico: lisinopril.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada se realiza exploración física donde se objetiva temperatura 36,8 °C, normotensión, consciente y orientado, buen estado general, palidez cutánea, rítmico y sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos, abdomen blando y depresible, se palpa polo de bazo, sin adenopatías. Analítica: Hb 4,2, VCM 98,6, HCM 29, eritrocitos 1,45, leucocitos 9.320 (1.020n, 3.930l, 4.270mo), plaquetas 54.000, VSG 2, TTPA 25,1, TP 63%, fibrinógeno 125, ferritina 689,7, transferrina 211, IST 19%. Coombs directo negativo. Frotis de sangre periférica no se confirma monocitosis pero se observa neutropenia sin rasgos atípicos, trombopenia moderada, anemia grave, sin observarse alteraciones morfológicas, linfocitos pequeños con cromatina madura distribución polar citoplasma y núcleo bilobulado o con gemación, 1-2% prolinfocitos. Estudio médula ósea, pancitopenia, células plasmáticas atípicas. TAC cuello-tórax-abdomen-pelvis, sin adenopatías, osteopenia moteada, bocio, micronódulos pulmonares, esplenomegalia, hepatomegalia, nódulo suprarrenal izquierdo.

**Juicio clínico:** Leucemia de células plasmáticas

**Diagnóstico diferencial:** Linfoma leucemizado, LLC-B.

**Comentario final:** Durante su ingreso precisó transfusión de 4 concentrados de hematíes. Tras confirmar el diagnóstico se inicia tratamiento quimioterápico según esquema VCD (velcade-ciclofosfamida-dexametasona), tras lo que presenta mejoría progresiva. La leucemia de células plasmáticas es una variante infrecuente del mieloma múltiple (2-3%) con un curso clínico agresivo y una corta supervivencia. Se define por la presencia de células plasmáticas en más del 20% de la totalidad de los leucocitos de la sangre periférica y más de 2.000 células plasmáticas por microlito en la sangre periférica.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Hoffman R, Benz EJ, Shattil S, Furie B, Cohen HJ, Silberstein LE, et al. Hematology: basic principles and practice, 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.
2. Hillman RS, Ault KA, Rinder HM. Hematology in clinical practice, 4<sup>th</sup> ed. Vermount: McGraw-Hill Interamericana, 2005.
3. Cervantes F. Síndromes mieloproliferativos crónicos. Haematologica. 2009.
4. Woessner S, Florensa L. Introducción al estudio de las leucemias agudas. Clasificación. Descripción de las distintas variedades. Formas especiales. En: Castillo R, Woessner S. Hematología clínica, 4<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ediciones Harcourt, 2001:345-6.
5. Nathan DG, Orkin SH, Look AT, Ginsburg D. Nathan and Oski's hematology of infancy and childhood, 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders, 2003:923-1010.