



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1895 - Pancitopenia diferente a lo habitual

R. Gambín Follana^a, F.J. Serna Gea^b e I. Marín Cabrera^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 54 años acude en tres ocasiones a nuestra consulta, presentando en la primera: cervicalgia y mareo, por la cual se pautaron AINEs y betahistina. Vuelve a los 15 días y refiere empeoramiento, inestabilidad de la marcha, astenia, sudoración nocturna y diurna, pérdida de peso no cuantificada. Ahora consulta de nuevo por aparición de microlesiones cutáneas no dolorosas, pero pruriginosas en hemiabdomen derecho, desde hace 4 días. Antecedentes personales: No RAM. Fumador 60 años/paquete, exbebedor moderado-grave. Diabético tipo II desde hace 3 meses tratado con ADO. Trabajaba en la construcción hasta hace 7 meses, sin ingresos actualmente pendiente de juicio con la empresa. Cazador esporádico. Antecedentes familiares: No antecedentes cardiovasculares, ni tumorales. Su hija recientemente diagnosticada de glomerulonefritis IgA mesangial hace tres meses. En consulta realizamos AS urgente, Rx cervical y torácica, ECG. Obteniendo resultado de pancitopenia grave, hace 3 meses AS dentro de la normalidad, por lo que derivamos de forma urgente al hospital.

Exploración y pruebas complementarias: Eco abdominal, gasometría venosa, proteinograma, morfología de sangre periférica, orina 24 horas, inmunoglobulinas, complementos C3, C4; hemo-urocultivos. Serologías: VIH positivo, Rosa bengala, Leishmania y Parvovirus pendiente (sífilis, VEB, Toxoplasma, Rickettsia coronii, VHB, VHA, VHC negativos). TAC cerebral: discreta atrofia de predominio subcortical. TAC TAP: imágenes ganglionares subcentimétricas en retroperitoneo. Resto de órganos dentro de la normalidad. Aspirado MO: abundantísimas leishmanias en médula ósea hipoplásica: Kala-Azar. Evolución: se llevó a cabo transfusión de 4 concentrados de hematíes y dos dosis de G-CSF, se inicia TARGA a la espera de resistencias y HLA para simplificar el TARGA. Añadió anfotericina B liposomal inicialmente a 3 mg/kg y posteriormente se aumenta dosis tras recibir el resultado positivo del test rápido de VIH. En el momento del alta el paciente presenta Hb 10,1 g/dl, plaquetas 64.000, neutrófilos 4.260 y 800 linfocitos, con una Cr de 1,9 mg/dl (sin poder descartar un componente de nefropatía por VIH o diabética o por Leishmania).

Juicio clínico: Leishmaniasis visceral (Kala-Azar).

Diagnóstico diferencial: Por la clínica y el resultado de las pruebas complementarias en un principio nos planteamos los siguientes diagnósticos diferenciales infección VIH estadio C3, pancitopenia secundaria, sd. constitucional, insuficiencia renal probablemente crónica reagudizada. Cuando obtuvimos el resultado del aspirado de médula ósea nos confirmó el diagnóstico definitivo.

Comentario final: Leishmaniasis visceral o kala azar. Sin tratamiento la mortalidad es muy elevada, y aun con tratamiento es también considerable. Los pacientes inmunocompetentes diagnosticados tempranamente y

tratados de forma adecuada tienen mejor pronóstico. En los pacientes infectados con el VIH la tasa de recidivas es elevada, incluso después de un tratamiento adecuado, debido a reactivaciones. La aplicabilidad de este caso es el importante papel de una buena anamnesis y exploración física a la hora de la correcta orientación diagnóstica. Se deben solicitar las pruebas necesarias y derivar al especialista cuando se cumplan criterios para ello.