



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/642 - Trombocitosis como advertencia de que algo no va bien

C. de Miguel Sánchez<sup>a</sup>, D.F. Mariño Cifuentes<sup>b</sup>, J.L. González Fernández<sup>c</sup>, E.M. Bengoechea Botín<sup>d</sup>, P. Bengoechea Botín<sup>e</sup>, C. Domínguez Mosquera<sup>f</sup>, F.J. Lendines Ramiro<sup>g</sup>, P.A. Navarrete Solano<sup>h</sup>, M.Á. Núñez Viejo<sup>i</sup> y D. Abascal Carra<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Médico Hematólogo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Ampuero. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Medicina Interna. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud CotoLino Castro-Urdiales. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pisueña-Selaya. Cantabria. <sup>g</sup>Médico de Familia. SUAP. Centro de Salud Santoña. Cantabria. <sup>h</sup>Médico de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Navarra. Pamplona. <sup>i</sup>Médico Especialista en Medicina Interna. Complejo Universitario de Orense. Orense. <sup>j</sup>Médico de Familia. Centro de Salud CotoLino II. Castro Urdiales. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 49 años con antecedentes de DM tipo 2. Valorada por su médico de AP por cuadro de 1 mes de evolución consistente en astenia, dolor abdominal hipogástrico y pérdida de 5 kg de peso. Ocasionalmente, deposiciones de aspecto diarreico. Tras estudio analítico, se deriva a Urgencias para valoración exhaustiva.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 38,3 °C T.A. 121/82, F.C: 116 lpm.. Consciente y orientada. Colaboradora. Eupneica. To<sub>x</sub>rax: AC: rítmica, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, sin dolor. RHA conservados. Extremidades inferiores: No edemas. Hemograma: Leucocitos 7.700 (15% monocitos), Hb. 7,8 g/dl, Hto 23,2%, plaquetas 959.000. Bioquímica al ingreso: glucosa 180, creatinina 0,39, ácido úrico 1,1, gamma-GT 92, Na: 132, PCR 15,3 mg/dl. Urea, bilirrubina total, AST, ALT, F.A, LDH, Ca, magnesio y lactato basal: Normales. PCR 4,0, Ferritina 362 ng/ml, vitamina B12: 837, ácido fólico 2,8 ng/ml. TSH: Normal. HbA1c: 6%. Proteinograma: elevación de alfa-1 y alfa-2 globulinas. Hipoalbuminemia. Toxina C. difficile: Negativo. Estudio de parásitos (heces): negativo. Coprocultivo negativo. Serologías (VIH, VHB, VHC): negativo. Inmunología: Ac anti-S. Cerevisiae IgA e IgM. Rx tórax: sin hallazgos. ECG: RS a 75 lpm. No alteraciones de la repolarización. TAC abdominopelvico: Engrosamiento difuso circunferencial del recto, sigma y colon descendente, con abundante material fecaloideo en su luz, estriación de la grasa mesentérica en vecindad, así como algún pequeño ganglio de aspecto reactivo adyacente, signos todos ellos en relación con colitis inespecífica desde el punto de vista de la imagen. No asocia líquido libre intraabdominal, ni colecciones. También se objetiva algún pequeño ganglio de aspecto reactivo retroperitoneal. Endoscopia baja: tras el margen anal, perdida de haustración, eritema, friabilidad y ulceraciones superficiales fibrinadas. Se toman biopsias para microbiología y A.P. Biopsia intestinal: PCR Citomegalovirus: negativo. Biopsia intestino grueso: Fragmentos de mucosa intestinal con moderada-intensa actividad, con ulceración, con alteraciones compatibles con una enfermedad inflamatoria intestinal.

**Juicio clínico:** Debut de colitis ulcerosa (CU). Trombocitosis reactiva.

**Diagnóstico diferencial:** Fundamentalmente con colitis de otra etiología (tumoral, infecciosa, enfermedades infiltrativas, diverticular). La trombocitosis con la trombocitemia esencial.

**Comentario final:** La CU es una enfermedad inflamatoria crónica de patogenia no del todo aclarada, que afecta a la mucosa colónica. Puede afectar desde recto a ciego. El curso de la enfermedad es en forma de brotes seguidos de períodos de remisión variables. Los criterios diagnósticos son clínicos, endoscópicos e histológicos. El tratamiento está condicionado por la gravedad del brote, empleándose salicilatos, corticoides, anticuerpos monoclonales e inmunosupresores. Para brotes graves y refractarios, puede ser necesaria la cirugía. La trombocitosis coincidente con un brote actúa como un reactante de fase aguda; no obstante conviene descartar un síndrome mieloproliferativo (trombocitemia esencial) asociado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ortigosa L. Concepto actual y aspectos clínicos de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. *Colomb Med.* 2005;36(1):16-24.
2. Bah MS, Houery M. Actuación ante las anomalías cualitativas y cuantitativas de las plaquetas. *Acta Bioquím Clin Latinoam.* 2005;39(3):347-53.