Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1971

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/251 - Leucemia mieloide aguda a raíz de una odontalgia

M.S. Pineda Pérez[a], M. Chacón González[b], C. Sevillano Esquivel[c], M. Muñoz Sanz[d], M.T. López Rico[e] y A. Moreno Moreno[d]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. [d]Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. [e]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 36 años, sin alergias, con antecedentes personales de hernia inguinal derecha, amigdalectomizado, adenoidectomizado, hipertransaminasemia, sin tratamiento habitual. Acude al centro de salud para consultar por gingivitis y flemón dentario para el cual está en tratamiento con amoxi-clavulánico sin mejoría sintomática, refiere molestia gástrica y derivamos al dentista. A la semana acude por su cuenta a urgencias por cefalea holocraneal y mareo junto con molestias en región mandibular izquierda. Presenta bultoma en cuello.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, palidez cutáneo-mucosa, febril, adenopatías en cadena ganglionar izquierda, presenta bultoma en región submandibular izquierda, doloroso, compatible con probable absceso. No signos meníngeos. Orofaringe hiperémica con dolor e inflamación de a nivel del cordal de arcada inferior izquierda. Exploración neurológica y resto normal. Rx tórax normal. Hemograma: Hb 9,3 g/dl, plaquetas: 38.000/mmc, leucocitos: 6.700 con neutrófilos 800, linfocitos: 3.900, monocitos: 1.800. Bioquímica: LDH 940, GOT: 65, GPT: 58, Resto normal. Signos de infección en análisis de orina. Hematología realiza un frotis por pancitopenia a estudio, se objetiva anisocitosis. Poliquilocitosis. 22% linfocitos maduros de aspecto normal y 14% de una población de células de aspecto inmaduro. Plaquetas disminuidas. ECO cuello: el bultoma constituido por un conglomerado adenopático de 3 × 2 cm con corticales engrosadas y vascularizadas. Innumerables adenopatías en todas las cadenas linfáticas del cuello, con tamaño variable y aspecto patológico. Hallazgos sugestivos de síndrome linfoproliferativo. TAC abdomen: engrosamiento de la pared del ciego y colon ascendente compatible con colitis neutropénica. Hígado aumentado de tamaño con quistes simples. Múltiples adenopatías mesentéricas y perivasculares.

Juicio clínico: Leucemia mieloide aguda. Enterocolitis neutropénica.

Diagnóstico diferencial: Proceso linfoproliferativo vs proceso infeccioso como origen del cuadro.

Comentario final: El paciente es ingresado en la planta de Hematología con tratamiento antibiótico de amplio espectro donde tras una leucopenia severa y una insuficiencia renal aguda termina falleciendo a las 2 semanas. La pancitopenia es la disminución simultánea de los valores de las 3 series hematológicas por debajo de rangos normales, observada en un análisis de sangre periférica. Ante cualquier paciente con pancitopenia en sangre periférica debe realizarse una exhaustiva historia clínica investigando: toma de fármacos o haber recibido quimioterapia/radioterapia, historia de enfermedades infecciosas o sistémicas y valorar el estado nutricional. La hematopoyesis puede fallar por destrucción de los progenitores (aplasia,

infección), producción disminuida o ineficaz (mielodisplasia) y desplazamiento de la celularidad (fibrosis, metástasis). La etiología en países occidentales las infecciones (sepsis) son más frecuentes; en países en vías de desarrollo destaca la anemia perniciosa. Cuando los resultados de las pruebas básicas iniciales, junto a exploración física e historia clínica no son concluyentes o indican la presencia de patología medular, se procede a realizar un aspirado/biopsia de médula ósea. Los síntomas asociados a pancitopenia son habitualmente secundarios a ésta e independientes de la etiología; las pancitopenias leves pueden ser asintomáticas y detectarse de manera incidental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubio Aparicio PM, Riesco Riesco S. Pancitopenia: valoración clínica y diagnóstica- An Pediatr Contin. 2012;10(4):217-21.

2. Merino A. Clasificación de las leucemias agudas mieloides, Rev Lab Clin. 2010;3(3):139-47.

3. Sánchez García J, Serrano J, García Castellano JM, Torres Gómez A. Protocolo diagnóstico de la pancitopenia. Medicine. 2008;10(21):1445-6.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.