



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

## 212/2549 - Anemia en el anciano

G. García Estrada<sup>a</sup>, M.L. García Estrada<sup>b</sup>, M. Cordero Cervantes<sup>c</sup>, E.M. Cano Cabo<sup>b</sup>, R. Abad Rodríguez<sup>d</sup>, A. Fernández Pérez<sup>a</sup>, M. Estrada Martínez<sup>e</sup>, F.J. Guerrero Orozco<sup>f</sup>, I.J. Triviño Campos<sup>c</sup> y N. Blanco Valle<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Urgencias; <sup>e</sup>Médico de Familia y Médico Residente de Anestesia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 84 años, sin alergias medicamentosas. Vive sola. Antecedentes de HTA. Osteoporosis. Fracturas de columna dorso-lumbar. Histerectomía y doble anexectomía. Tratamiento crónico: oseína-hidroxiapatita, zopiclona, enalapril, tramadol, ácido alendrónico y colecalciferol. Nos avisa la familia para su valoración domiciliaria al encontrarla con síntope sin pérdida de conciencia. Incapacidad para la deambulación.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 36,2 °C. PA: 121/55 mmHg. Consciente, orientada, colaboradora. Palidez cutáneo-mucosa. Desviación izquierda de la comisura facial. Paresia 4/5 predominio crural derecho, Babinski. Sin otra focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Tacto rectal restos heces sin sangre. Hemograma: Hb: 6,2 g/dL, Hto: 16,7% VCM. 94,9 fL, leucocitos: 1,13, neutrófilos 18,5%, linfocitos: 0,62. Estudio coagulación: TP 65%, TPPa: 25,80 seg, fibrinógeno: 758, I.N.R. 1,39. Bioquímica: Na: 132, K: 2,7, CK: 750, PCR: 12,8, Procalcitonina: 0,20. Gasometría venosa, sistemático y sedimento: normal. Hemocultivos/urocultivos: negativos. Sangre oculta en heces negativo. Punción aspiración de médula ósea: compatible con leucemia aguda mieloblástica M5 de la FAB. ECG: ritmo sinusal. Rx tórax: normal. TC craneal: Infartos lacunares antiguos en cabeza del caudado.

**Juicio clínico:** Anemia normocítica normocrómica y leucemia mieloide aguda. Accidente cerebro-vascular aterotrombótico. Rabdomiolisis leve.

**Diagnóstico diferencial:** Accidente cerebro-vascular. Sepsis de origen urinario. Síndrome mielodisplásico.

**Comentario final:** El diagnóstico de anemia en el anciano no es raro. En contra de la creencia popular, el envejecimiento por sí mismo no produce anemia. La leucemia mieloide aguda (LMA) es una patología cuya incidencia media se establece en los 64 años, siendo la edad en sí misma, un factor de riesgo. Son anemias que al inicio quedan mal caracterizadas, resistentes a tratamientos iniciales con hierro o vit. B12. Se observan niveles altos de hierro y de saturación de transferín por lo que debemos hacer para el diagnóstico definitivo una punción de médula ósea. Sin embargo un tratamiento prudente y empírico puede resolver la situación evitando métodos diagnósticos invasivos. El pronóstico es mejor en pacientes jóvenes, siendo menos alentador en ancianos.

### Bibliografía

1. Rico Irles J. Anemias en el anciano y su tratamiento. Actualidad Médica. 2011;96:23-9.

*Palabras clave:* Anciano. Anemia. Leucemia mieloide. Pancitopenia.