



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/9 - Trombocitopenia por déficit de hierro

S.R. Bentata Levy^a, M. Ruíz Peña^a, J. Sánchez Guerrero^a, S. González Amayd^b, D. Ocaña Rodríguez^c y A.J. Alvarado Tato^d

^aMédico de Familia. Unidad de Gestión Clínica los Barrios. Cádiz. ^bMédico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Algeciras-Norte. Cádiz. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz. ^dMédico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Bellavista. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 51 años acude al centro de salud para recoger los resultados de la analítica semestral para el seguimiento de su diabetes mellitus 2 (DM2). Al ser preguntada refiere sentirse más cansada en los últimos meses y con dificultad para realizar sus actividades diarias. Entre sus antecedentes personales destacamos una DM2 de 10 años de evolución en tratamiento con metformina (1.700 mg/día) e insulina glargina (14 UI/día), hipertensión arterial tratada con telmisartan (80 mg/día), hipercolesterolemia corregida con atorvastatina (40 mg/día) y nódulos tiroideos. También en tratamiento con ácido acetilsalicílico (100 mg/día) y omeprazol (20 mg/día).

Exploración y pruebas complementarias: La exploración fue anodina, salvo una discreta palidez mucocutánea. En el hemograma observamos una hemoglobina de 11,0 g/dl, con VCM 81,5 fL, HCM 25,7 pg, CHCM 31,5 g/dL, RDW-SD 48,1 fL, con fórmula leucocitaria normal y plaquetas disminuidas ($87 \times 10.000/L$). En el estudio del hierro se constataron unos niveles de hierro en sangre de 21 g/dl, con la ferritina 12 ng/ml y transferrina de 327 mg/dL. El resto de parámetros bioquímicos no tenían especial interés.

Juicio clínico: Trombocitopenia por déficit de hierro.

Diagnóstico diferencial: En el diagnóstico diferencial se contempló: anemia aplásica, cáncer de médula ósea, hepatopatía, síndrome mielodisplásico, déficit de vitamina B12 y/o folato y anemia ferropénica. Se solicitó un nuevo estudio analítico incluyéndose proteinograma, inmunoglobulinas, beta-2-microglobulina, niveles de vitamina B12 y ácido fólico; estudio gastroduodenal con tránsito y gastroscopia. El resultado de las analíticas fueron normales. En el estudio digestivo reseñar una pequeña hernia de hiato con reflujo gastroesofágico detectada en el tránsito; el estudio de enfermedad celíaca fue negativo; y la gastroscopia no mostró alteraciones de interés. Una vez descartadas otras causas de trombocitopenia, se decidió iniciar el tratamiento de su déficit de hierro.

Comentario final: La “trombopenia por déficit de hierro” es una condición, aunque rara, muy tratable, que debe tenerse en cuenta en pacientes con deficiencia de hierro asociada a trombopenia una vez descartadas causas de trombocitopenia.

Bibliografía

1. Verma V. Ann Hematol. 2015.
2. Dincol K. Acta Haematol. 1969.

3. Sonneborn D. Ann Intern Med. 1974.
4. Scher H. Ann Intern Med. 1976.
5. Berger M. Am J Hematol. 1987.
6. Kuku I. Platelets. 2009.
7. Ganti AK. J Med Case Rep. 2007.
8. Karpatkin S. Am J Med. 1974.

Palabras clave: Trombocitopenia. Ferropenia.